

Aus dem Med. Zentrum für Innere Medizin der Philipps-Universität Marburg

Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr R. Arnold

Abteilung für Psychosomatik, Leiter: Prof. Dr W. Schüffel



Rollenverteilung und partnerschaftliche Zufriedenheit bei Schlafapnoepatienten und ihren Partnern

Inaugural - Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
dem Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg vorgelegt

von

Amala Neelsen

aus Kiel

Marburg 2001

Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin
der Philipps-Universität Marburg am 21. Juni 2001
Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan: Prof. Dr R. Arnold

Referrent: Prof. Dr W. Schüffel

Korreferent: Prof. Dr Dr H. Peter

Für Leon Sorie

*„Ein Mann muß schnarchen,
um seine Frau vor den wilden
Tieren zu schützen.“*

aus Afrika

INHALTSVERZEICHNIS

1	PROBLEMDARSTELLUNG.....	1
2	STAND DER LITERATUR.....	3
2.1	PAARBEZIEHUNGEN	4
2.1.1	<i>Das psycho-ökologische Beziehungsmodell nach Willi</i>	<i>5</i>
2.1.1.1	Konstruktionen und Beziehungen	6
2.1.2	<i>Rollenverteilung in Paarbeziehungen</i>	<i>7</i>
2.1.2.1	Der Begriff Dominanz	7
2.1.2.2	Dominanz bei Willi.....	10
2.1.2.3	Weitere Rollen in Paarbeziehungen	10
2.1.3	<i>Zufriedenheit in Partnerschaften</i>	<i>11</i>
2.1.3.1	Selbstzufriedenheit und Partnerzufriedenheit	12
2.1.4	<i>Paarbeziehungen und chronische Krankheit</i>	<i>13</i>
2.1.4.1	Rollenverschiebung in der Partnerschaft bei Krankheit des Mannes	14
2.2	MEDIZINISCHE ASPEKTE DER SCHLAFAPNOE	17
2.2.1	<i>Der physiologische Schlaf.....</i>	<i>17</i>
2.2.2	<i>Definition der Schlafapnoe</i>	<i>18</i>
2.2.3	<i>Pathophysiologie der Schlafapnoe</i>	<i>19</i>
2.2.4	<i>Epidemiologie</i>	<i>20</i>
2.3	PSYCHOPATHOLOGISCHE ASPEKTE DER SCHLAFAPNOE	21
2.3.1	<i>Psychosoziale Folgen der Schlafapnoe</i>	<i>23</i>
2.3.2	<i>Die Partnerschaft bei Schlafapnoe</i>	<i>24</i>
2.3.2.1	Partnerschaftliche Zufriedenheit bei Schlafapnoepatienten	27
2.4	DIE THEORIE DER PERSÖNLICHEN KONSTRUKTE	28
2.4.1	<i>Kellys Menschenbild und der Konstruktionsprozeß</i>	<i>30</i>
2.4.2	<i>Grundpostulat und Hilfssätze.....</i>	<i>30</i>
2.4.3	<i>Der Test zur Theorie: Die Grid-Technik.....</i>	<i>32</i>
3	FRAGESTELLUNG.....	33
3.1	PARTNERSCHAFTLICHE ROLLENVERTEILUNG.....	33
3.1.1	<i>Hypothese zur partnerschaftlichen Rollenverteilung</i>	<i>33</i>
3.2	ZUFRIEDENHEIT DER FRAU MIT DEM PARTNER	34
3.2.1	<i>Hypothese zur Zufriedenheit der Frau mit dem Partner</i>	<i>34</i>
4	METHODEN	36
4.1	STICHPROBE	36
4.1.1	<i>Auswahl der Stichprobe</i>	<i>36</i>
4.1.1.1	Auswahl der Giessentest-Sichprobe.....	36
4.1.1.2	Auswahl der Gießentest- und GRID-Stichprobe.....	37
4.1.2	<i>Beschreibung der Stichprobe</i>	<i>38</i>

4.2	DURCHFÜHRUNG	41
4.2.1	<i>Durchführung der Gießenteste</i>	41
4.2.2	<i>Durchführung des PAARGRIDS</i>	41
4.2.3	<i>Durchführung der Schlafapnoe-Untersuchung</i>	42
4.3	VERWENDETE MESSINSTRUMENTE	42
4.3.1	<i>Die Role Repertory Grid-Technik</i>	42
4.3.1.1	Ausgewählte Untersuchungen mit der Grid-Technik	46
4.3.1.2	Die Grid-Technik zur Untersuchung persönlicher Beziehungen	47
4.3.1.3	Das Paargrid	48
4.3.1.4	Reliabilität und Validität der Grid-Technik	50
4.3.2	<i>Der Gießentest</i>	51
4.3.2.1	Reliabilität und Validität des Gießentests	55
4.3.2.2	Geschlechtsabhängigkeit des Gießentests	56
4.4	STATISTISCHE VERFAHREN	57
4.4.1	<i>Auswertungsverfahren des Gießentests</i>	57
4.4.2	<i>Auswertungsverfahren der Grid-Untersuchung</i>	58
4.4.2.1	Vergleich von Elementdistanzen	58
4.4.2.2	Varianzanalyse des GRID	59
5	ERGEBNISSE	61
5.1	DIE PARTNERSCHAFTLICHE ROLLENVERTEILUNG	61
5.1.1	<i>Partnerschaftliche Rollenverteilung in der Skala Dominanz des Gießentests</i>	61
5.1.2	<i>Explorative Zusatzuntersuchung zur partnerschaftlichen Rollenverteilung</i>	63
5.1.2.1	Skala Depression	63
5.1.2.2	Skala Soziale Resonanz	64
5.2	ZUFRIEDENHEIT DER FRAU MIT DEM PARTNER	65
6	DISKUSSION	69
6.1.1	<i>Partnerschaftliche Dominanz</i>	69
6.1.2	<i>Explorative Zusatzuntersuchungen im Gießentest</i>	72
6.1.2.1	Schlafapnoe und Depression	73
6.1.2.2	Schlafapnoe und Soziale Resonanz	73
6.1.3	<i>Zufriedenheit der Frau</i>	74
7	INTERPRETATION	76
7.1	AUSEINANDERSETZUNG MIT DEN ERGEBNISSEN	76
7.1.1	<i>Rollenverteilung bei Schlafapnoe</i>	76
7.1.2	<i>Zufriedenheit der Frau in der Partnerschaft</i>	77
7.2	KRITISCHE BEWERTUNG DER METHODEN	79
7.2.1	<i>Kritik an der Stichprobe</i>	79
7.2.2	<i>Kritik am Aufbau</i>	80
7.2.3	<i>Kritik an den Meßinstrumenten</i>	81

7.2.4	<i>Verbesserungsvorschläge</i>	82
7.3	SCHLUßFOLGERUNGEN.....	83
7.3.1	<i>Praktische Relevanz</i>	83
7.3.2	<i>Vorschläge zur Umsetzung</i>	84
7.3.3	<i>Vorschläge für weitere Untersuchungen</i>	84
8	ZUSAMMENFASSUNG	86
9	LITERATURVERZEICHNIS	88
10	ANHANG	98

1 Problemdarstellung

In den letzten Jahren ist die Bedeutung der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) unter den schlafbezogenen Atmungsstörungen zunehmend erkannt worden. Mit über 800.000 Schlafapnoepatienten in Deutschland zählt sie neben Diabetes mellitus und Hypertonie zu einer der häufigsten chronischen Erkrankung in der Bundesrepublik (Schäfer et al., 1996). Zudem besitzt sie aufgrund ihrer Auswirkungen wie erhöhter Unfallgefahr durch Hypersomnie und der hohen Koinzidenz mit kardiovaskulären Erkrankungen auch eine nicht zu vernachlässigende sozialmedizinische Relevanz.

Auf dem Hintergrund der hohen Inzidenz der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) wird zunehmend auch den möglichen psychischen Korrelaten von schlafbezogenen Atmungsstörungen Beachtung geschenkt. Verschiedene Autoren vermuten z.T. gravierende psychopathologische Folgen der Erkrankungen, andere halten diese für eher gering (siehe Kap.2).

Nur wenige Autoren beschäftigen sich bislang mit möglichen Konsequenzen der Schlafapnoe für die Partnerschaft. Insbesondere hinsichtlich der Rollenverteilung unter den Partnern sind diese bislang fast gänzlich unbeachtet geblieben.

Solche Veränderungen sind jedoch durchaus denkbar und teilweise auch Bestandteil konkreter Beobachtungen. So entstand bei Mitarbeitern des schlafmedizinischen Labors der Universitätsklinik Marburg der Eindruck, daß Frauen von Männern, bei denen der Verdacht auf eine Schlafapnoe besteht, ein auffällig „dominantes“ Verhalten ihrem Mann gegenüber aufweisen. Dies fällt bereits mit der Anmeldung auf, die nicht selten von den Ehefrauen der Patienten initiiert und auch ausgeführt wird. Oft füllen die Ehefrauen die an die Patienten geschickten Fragebögen aus, erscheinen mit zum Vorstellungstermin und beantworten die an die Patienten gestellten Fragen. Dies gab zu der Vermutung Anlaß, daß sich aufgrund der Erkrankung innerhalb der Familie ein spezifisches Rollenverhalten entwickelt haben könnte, welches in der vorliegenden Arbeit näher untersucht werden soll.

Da die meisten Schlafapnoe-Erkrankungen nach dem 50. Lebensjahr auftreten (siehe Kapitel Epidemiologie), ist zunächst von einer für diese

Generation noch typischen „klassischen“ Rollenverteilung im Sinne eines dominierenden Mannes mit einer eher kooperierenden Frau auszugehen (vgl. Beckmann, 1991). Die Übernahme der dominierenden Rolle durch die Frau würde also auf eine Umkehrung der bisherigen Rollenverteilung hinweisen.

Aufgrund der Folgeerscheinungen der Erkrankung wie starker Tagesmüdigkeit und intellektuellem Leistungsverfall bis hin zu Problemen im sexuellen Bereich mit Libidoverlust und Potenzstörungen erscheint außerdem die Vermutung naheliegend, daß sich die Schlafapnoe grundsätzlich negativ auf die Partnerschaft auswirken könnte. Aufgrund der beschriebenen Folgen wäre dabei eine die Partnerin betreffende Unzufriedenheit mit ihrem Partner denkbar.

Erste Untersuchungen in diese Richtung (Cartwright & Knight, 1987) bestätigen diese Annahme. Diese Unzufriedenheit müßte vor der Diagnosestellung einer Schlafapnoe besonders ausgeprägt sein, da die Frau die Ursache für die Symptome des Partners dann noch eher in seiner Persönlichkeit als in einer konkreten Erkrankung suchen wird. Die Zufriedenheit der Frau mit sich und ihrem Partner vor Diagnosestellung einer Schlafapnoe soll daher ebenfalls Gegenstand dieser Untersuchung sein.

Die vorliegende Arbeit wird sicherlich beide Fragestellungen weder in der Theorie noch in der Ausführung erschöpfend behandeln können. Sollten sich jedoch Hinweise für eine Bestätigung der oben dargestellten Vermutungen im Rahmen dieser Arbeit finden, so müßte als Konsequenz die Partnerschaft eines Schlafapnoepatienten stärker als bisher in das Therapiekonzept der Erkrankung einbezogen werden. Denkbar wäre hier das ganze Spektrum von entlastender Aufklärung der Partner über die Zusammenhänge bis hin zur Paartherapie.

2 Stand der Literatur

Folgende Themenkomplexe sollen näher beleuchtet werden: Zum einen das Thema *Paarbeziehungen* mit den wichtigsten derzeit relevanten Theorien und Untersuchungen, insbesondere zu den Bereichen *Rollenverhalten* und *partnerschaftliche Zufriedenheit*. Hierbei sollen auch Untersuchungen zur Partnerschaft mit einem erkrankten Partner, soweit vorhanden, besprochen werden. (Auffällig ist, daß sich zu diesem Themenkomplex kaum neuere Literatur (nach 1995) findet).

Zum anderen wird auf die *obstruktive Schlafapnoe* mit ihren Auswirkungen für den Patienten eingegangen. Hierbei soll speziell auf die psychopathologischen und psychosozialen Folgen sowie auf mögliche Konsequenzen für die Partnerschaft ein Schwerpunkt gelegt werden. An dieser Stelle werden auch die vorhandenen Untersuchungsergebnisse zu Schlafapnoe und Partnerschaft ausführlicher dargestellt.

Zum Abschluß werde ich noch den theoretischen Hintergrund des Repertory GRID Tests nach Kelly (1955) beschreiben, da dieses Untersuchungsverfahren noch immer nicht sehr gebräuchlich ist, seine hervorragende Verwendungsmöglichkeit für interaktive Prozesse in intimen Beziehungen jedoch erst auf dem Boden der Theorien Kellys verständlich werden.

Zuvor möchte ich jedoch noch kurz auf zwei sprachliche Probleme eingehen:

Entsprechend der derzeit stattfindenden gesellschaftlichen Umbewertung der Institution Ehe sowie der zunehmenden Häufigkeit und Akzeptanz nichtehelicher Lebensgemeinschaften habe ich sowohl im Theorieteil als auch bei der Durchführung meiner Untersuchung auf eine Unterscheidung zwischen verheirateten und nicht verheirateten Paaren verzichtet. Bezeichnungen wie (intime, enge) Beziehung, Partnerschaft und Paar werden daher in meiner Arbeit synonym für eine *dauerhafte, heterosexuelle Beziehung* verwendet. Der Begriff „Ehe“ kommt nur dann zur Anwendung, wenn es sich in dem Zusammenhang tatsächlich um verheiratete Paare

handelte, beispielsweise bei Ergebnisdarstellungen anderer Untersuchungen oder bei Theorien, die Aussagen speziell über Ehepaare machen.

Des weiteren soll in dieser Arbeit das Wort *Patient* in seinem ursprünglichen Sinne als „Leidender“ verwendet werden und nicht in seinem heute üblichen als einem vom Arzt als krank diagnostizierten Menschen. Diese Unterscheidung erscheint mir wichtig, da speziell in meiner Untersuchung ja gerade vermieden wurde, den Probanden erst dann zu untersuchen, wenn er von der Rolle des „Leidenden“ zur Rolle des „geprüft und kategorisiert Kranken“ gewechselt hatte.

2.1 Paarbeziehungen

Zum Verständnis von Paarbeziehungen und zur Erklärung ihres Verlaufs sind zahlreiche Modelle entwickelt worden; in diesem Rahmen soll jedoch nur auf jene eingegangen werden, die für die Herleitung und Beantwortung der Fragestellungen von Bedeutung sind.

Das *psycho-ökologische Kollusionskonzept* von Willi (1992) besitzt in Bezug auf meine Untersuchung sicherlich die größte Relevanz, da es zum einen, wie auch der in meiner Arbeit verwandte Gießen-Test, auf einem psychoanalytischen Ansatz beruht, zum anderen auch auf die Bedeutung von Konstruktionen in der Partnerschaft eingeht und der Autor bei vielen seiner Überlegungen Parallelen zu Kellys Theorie der persönlichen Konstrukte zieht (zur Philosophie Kellys siehe weiter unten).

Bei theoretischen Überlegungen zur partnerschaftliche Zufriedenheit spielt des Weiteren die Equity-Theorie nach Walster (ebd.et al., 1978) eine Rolle, auf die in dem Kapitel „Zufriedenheit in Partnerschaften“ direkt eingegangen werden soll.

2.1.1 *Das psycho-ökologische Beziehungsmodell nach Willi*

Das *Kollusionsmodell* von Willi (1992) ist im deutschsprachigen Raum das etablierteste psychoanalytisch fundierte Modell zu Paarbeziehungen, ergänzt durch seine Theorie der *Koevolution* von Partnerschaften (Willi, 1985). Der Autor versteht unter Kollusion die *neurotische Verstrickung eines progressiven mit einem regressiven Partner*. Mit regressiv und progressiv sind in diesem Zusammenhang Abwehrhaltungen, im psychoanalytischen Sinne also Reaktionsbildungen, gemeint.

Auf dem Boden von Grundkonflikten, die in der Kindheit, insbesondere in der Mutter-Kind-Beziehung, festgelegt wurden, nimmt nach Willi einer der Partner in einer neurotischen Beziehung dauerhaft die Rolle des kindlich zurückgeschrittenen ein, während der andere die komplementäre Rolle des Pseudo-Erwachsenen übernimmt. In einem gewissen Rahmen findet diese Rollenverteilung in jeder, auch der „gesunden“ Beziehung situationsgebunden und kurzzeitig statt; beide profitieren dann von der Möglichkeit, in einer „freischwingenden Balance partiell zu progredieren und zu regredieren.“ (Willi 1992, S.21) Einmal ist der eine der Haltsuchende, dann wieder kann er selbst dem oder der anderen Halt geben.

In einer gestörten Beziehung jedoch werden diese Rollen festgeschrieben und verhindern zum einen eine Weiterentwicklung der Partner und der Partnerschaft, zum anderen wird so eine sinnvolle Auseinandersetzung mit den eigentlichen, jetzigen Beziehungsthemen vermieden, da die Rollenverteilung ein Reaktionsmuster festschreibt: Ein Partner übernimmt auch bei neuen Konflikten die festgeschriebene kindliche Rolle und der andere die des vermeintlich Erwachsenen. Hier zeigt sich eine Anlehnung an tiefenpsychologische Theorien.

Ein weiteres Kennzeichen einer Paarbeziehung besteht nach Willi im Bedürfnis nach Ausgleich des Selbstwertes, der sogenannten *Gleichwertigkeitsbalance*. Dieses wird schon bei der Partnerwahl berücksichtigt, indem auf Ähnlichkeiten in Attraktivität, Intellekt, Vermögen etc. geachtet wird; dabei spielt aber auch die Summe dieser Werte eine Rolle, so daß z.B. mangelnde Attraktivität mit Reichtum oder Intellekt ausgeglichen werden kann. In späteren Phasen der Beziehung kann jedoch

eine Veränderung des Selbstwertes eines der beiden Partner eintreten, beispielsweise durch beruflichen Aufstieg. Dann wird der andere versuchen, einen Ausgleich herzustellen, indem er z.B. in demselben oder einem anderen Bereich ebenfalls „aufsteigt“ oder aber den Partner dort entwertet. Eine ständige mangelnde Gleichwertigkeitsbalance führt zu weitreichenden Spannungen und gegebenenfalls zur Entfernung der Partner voneinander. Auch die Krankheit des einen Partners müßte sich nach diesem Modell als eine Veränderung des Selbstwertes auswirken und so zu Spannungen führen.

Für das Funktionieren jeder Partnerschaft ist nach Willi eine Abgrenzung des Paares voneinander und nach außen wichtig (d.h. die Herstellung klarer, aber durchlässiger *intradysadischer* und *extradysadischer* Grenzen). Die Durchlässigkeit dieser Abgrenzungen ist insbesondere vom gesellschaftlichen Verständnis einer Paarbeziehung/Ehe geprägt. Wurde früher das Paar als „geschlossene Gesellschaft“ gesehen, so verkehrte sich dieses Verständnis im Zuge der „sexuellen Revolution“ zeitweilig ins Gegenteil. In jüngster Zeit ist nach Willi hingegen ein Trend zu einer etwas ausgewogeneren Sichtweise dieser nötigen Grenzen in und um die Partnerschaft zu verzeichnen.

2.1.1.1 Konstruktionen und Beziehungen

Willi (1991) betont in seinem Partnerschaftsmodell insbesondere die Bedeutung der Konstruktionswelten von Paaren. Dabei stellt er sich auf die Grundlage von Kellys Theorie der persönlichen Konstrukte, die im Kap. 2.4 ausführlicher erläutert wird und auf die hier verwiesen werden soll. Zum einen geht er davon aus, daß beide Partner eine Beziehung zunächst einmal mit unterschiedlichen Konstruktsystemen beginnen (*Individualitätssatz nach Kelly*), die sich aber nicht zu sehr voneinander unterscheiden dürfen, damit eine Annäherung überhaupt möglich ist. Dabei hält er vor allem eine weitestmögliche Übereinstimmung in *übergeordneten* Konstrukten für bedeutsam, während unterschiedliche *untergeordnete* ohne größere Schwierigkeiten überbrückt werden können.

Von ebensolcher Bedeutsamkeit für das Funktionieren der Beziehung ist jedoch auch das Vermögen der Partner, sich in das Konstruktsystem des anderen hineinzusetzen und so trotz unterschiedlicher Konstrukte Verständnis für das Verhalten und Empfinden des Gegenübers zu entwickeln (*Sozialitätssatz nach Kelly*).

Im weiteren Verlauf beginnen nach Willi die Paare, sich ihre Partnerschaft zu konstruieren und ein *gemeinsames Konstruktsystem* von ihrer Partnerschaft, ihren Rollen darin und ihrer Sicht der Umwelt zu schaffen.

In seinem ergänzten Phasenmodell unterscheidet Willi (1985) verschiedene Phasen einer Beziehung mit spezifischen Konflikten. Er geht dabei von der *Koevolution* der Partner aus, d. h. der Persönlichkeitsentwicklung der Partner im Zusammenspiel miteinander. Willi empfiehlt dabei die Unterscheidung in die *auf sich selbst gestellte Persönlichkeit* und die *Interaktionspersönlichkeit*, je nachdem, ob sich ein Partner einer Situation alleine oder gemeinsam mit dem Partner ausgesetzt sieht. Willi geht davon aus, daß sich die Persönlichkeiten in partnerschaftlichen Situationen, also etwa bei gemeinsamen Untersuchungen, polarisieren und die Partner dazu tendieren, „typisch“ weibliche oder männliche Rollen einzunehmen.

2.1.2 *Rollenverteilung in Paarbeziehungen*

2.1.2.1 **Der Begriff Dominanz**

Der Begriff der Dominanz ist in der Psychologie des deutschen Sprachraumes zu einem großen Teil durch die *Skala Dominanz* im Giessentest (Beckmann, 1991) geprägt worden. Sie wird in diesem Test als Gegenteil von *Gefügigkeit* gesehen und über die Erfassung folgender Items definiert:

- häufig in Auseinandersetzungen verstrickt
- eigensinnig

- *gern dominierend (!)*
- *begabt zum Schauspielen*
- *schwierig in enger Kooperation*
- *ungeduldig*

Somit ist hier die Dominanz zum einen völlig von dem jeweiligen Verständnis der Probanden bezüglich dieser Termini abhängig. Zum anderen stellt sich aber auch die Frage, ob selbst bei „richtigem“ (d.h. intendiertem) Verständnis diese Termini das erfassen, was *im allgemeinen* unter Dominanz verstanden wird. 5 der 6 Items (ausgenommen die „Schauspielbegabung“) ließen sich z.B. auch unter dem Begriff „streitlustig“ zusammenfassen, dieses ist jedoch nicht gleichbedeutend mit Dominanz (da z.B. der vordergründig zurückhaltendere auf andere, subtilere Weise Macht ausüben könnte; siehe auch vorhergehenden Absatz über Willis Standpunkt diesbezüglich). Dies ist nur ein möglicher Verständnisansatz; etliche weitere sind sicherlich denkbar. Auch der von den Testautoren gewählte Begriff „Gefügigkeit“ als Gegenpol zur Dominanz kann hinterfragt werden. Abgesehen von der heutzutage im allgemeinen eher unüblichen Verwendung dieses Begriffs für eine menschliche Verhaltensweise trifft beispielsweise die Bezeichnung „kooperativ“ die erfragte Skala ebenso, wenn nicht passender.

Cattell (1973) definiert Dominanz als Wesenszug des unabhängigen, zuversichtlichen und eigensinnigen Verhaltens. Er setzt *Unterwürfigkeit* als Gegenpol zu Dominanz ein und kennzeichnet letztere mit den Eigenschaften *selbstsicher, zuversichtlich, prahlerisch, eingebildet, aggressiv, extrapunitiv, energisch, kraftvoll, eigensinnig und selbstgefällig*. Cattell fand in seinen Untersuchungen auf der Grundlage dieser Items erhöhte Dominanzwerte für Männer im Vergleich zu Frauen sowie bei schöpferisch Tätigen, Künstlern, führenden Persönlichkeiten und Wissenschaftlern.

In einer Eichstichprobe speziell zur Erfassung von Partnerbeurteilungen mit dem Gießentest, die zuletzt 1984 durchgeführt wurde, kommen Brähler & Beckmann (1984) zu folgenden Ergebnissen:

- Frauen betonen in ihren Selbstbildern ihre Gefügigkeit bzw. verleugnen Dominanzansprüche. In diesem Befund sehen die Autoren einen typischen Rollenkonflikt der modernen Frau, da diese Gefügigkeit von den Männern zwar auch, aber nicht so stark gesehen wird: Die Frau muß sich zwecks sozialer Erwünschtheit gefügiger darstellen, als sie ist (Brähler & Beckmann, 1984). Freilich läßt sich dieser Unterschied in der Selbst- und Fremdwahrnehmung der weiblichen Dominanz auch andersherum deuten: Die Frau nimmt sich selbst als gefügiger war, als dies der männliche Partner wahrhaben möchte; auch dies ließe sich als Rollenkonflikt verstehen, diesmal jedoch von Seiten des Mannes, der noch im typischen alten Rollenverhältnis verharrt, dies jedoch ebenfalls, da nicht mehr sozial erwünscht, verdrängt.
- In Bezug auf die Interaktion zeigt sich, daß in „normalen“ Ehen zwar keine grundsätzliche Komplementarität besteht (in Bezug auf die Skala Kontrolle etwa findet sich eher eine Symmetrie), daß dies jedoch nicht auf die Skala Dominanz zutrifft. Dort scheint eine starke Neigung zur Einnahme gegensätzlicher, „klassischer“ Rollen zu bestehen: Beide Partner halten den Ehemann für dominanter als die Ehefrau, allerdings nicht in gleichem Maße; die Ehemänner bestätigen zwar, daß die Frauen gefügiger sind als sie selbst, sehen diesen Unterschied jedoch nicht ganz so ausgeprägt wie die Ehefrauen.

In einer repräsentativen Partnerbefragung des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hartenstein 1988) unter 477 Personen zwischen 18 und 50 Jahren geben die Befragten eine Verschiebung der Entscheidungsstrukturen zwischen 1975 und 1983 an. Danach wird ein Großteil der Entscheidungen jetzt (bzw. 1983) gemeinsam getroffen; bei Entscheidungen, die alleine getroffen werden, dominiert der Mann noch immer deutlich, wenn auch in abgeschwächter Form, das heißt, noch immer trifft der Mann sehr viel häufiger eine das Paar betreffende Entscheidung als die Frau. Wenn sicherlich die Entscheidungsstrukturen nicht gleichzusetzen sind mit der Rollenverteilung von Dominanz und

Gefügigkeit in einer Beziehung, so geben sie doch Hinweise auf eine Veränderung in diesem Bereich. Nicht zu vernachlässigen ist dabei aber die noch relativ junge Altersverteilung in dieser Studie im Vergleich zu den meisten hier aufgeführten sonstigen Untersuchungen (und zu meiner Stichprobe). Leider ist diese Untersuchung in jüngerer Zeit nach meinen Recherchen nicht wiederholt worden.

2.1.2.2 Dominanz bei Willi

Willi vermeidet bewußt die Unterscheidung in dominante und gefügte Positionen, da er, im Sinne der ständigen Interaktion, *beide* Partner für *partnerschaftsbestimmend* hält. Er befürwortet stattdessen die Termini *superior* und *inferior* nach Watzlawick (et al., 1996). Watzlawick geht davon aus, daß sich Rollen in engen Beziehungen immer gegenseitig bedingen und aneinander formen. Mit dem superioren ist der aktivere, wortreichere, entscheidungsfreudigere und eher die Initiative ergreifende Partner gemeint. Demgegenüber ist der inferiore häufig introvertierter und mehr im Hintergrund stehend. Er kann jedoch durchaus am Entscheidungsprozeß in der Beziehung teilnehmen und z.B. aus dem Hintergrund Macht ausüben und muß dabei dem superioren nicht unterlegen sein. Übersetzt man die lateinischen Bezeichnungen ins deutsche (*superior* - höher(stehend), überlegen; *inferior* - tiefer(stehend), unterlegen), zeigt sich allerdings, daß auch diese beiden Begriffe problematisch sind.

2.1.2.3 Weitere Rollen in Paarbeziehungen

Nicht nur in Bezug auf Dominanz, sondern auch bei anderen Rollen fanden Brähler und Beckmann (1984) bei ihrer repräsentativen Ehepaarerhebung signifikante Unterschiede im Giessentest zwischen Männern und Frauen.

So ist die weibliche Rolle in der Partnerschaft die der *Depression*, die männliche die der *Hypomanie* (hiermit ist eine eher ausgelassene,

optimistische Persönlichkeit gemeint). Auch hier finden sich nach Meinung der Autoren die klassischen Geschlechtsstereotypen wieder.

Aber nicht in allen Bereichen finden sich komplementäre Rollenverteilungen: beide Geschlechter halten ihren Partner für attraktiver („sozial resonanter“) als sich selbst. Dies scheint nicht nur ein Merkmal, sondern auch eine Voraussetzung für das Eingehen einer Ehe zu sein.

2.1.3 Zufriedenheit in Partnerschaften

Zufriedenheit in der Partnerschaft ist nach allgemeiner Meinung ein wichtiger Faktor für die allgemeine Lebenszufriedenheit; Kirchler (1989) bezeichnet sie sogar als die „bedeutsamste Quelle der Zufriedenheit, aber auch der Unzufriedenheit“ überhaupt (S.75).

Bislang gibt es keine einheitliche Definition für die Partnerschafts- oder Ehezufriedenheit. Stattdessen wird sie häufig unter dem Begriff „Ehequalität“ mit anderen Variablen wie Glück, Erfolg und Anpassung in der Ehe zusammengefaßt (Jäckel 1980). Demnach kann die Ehezufriedenheit definiert werden als die *Summe der jeweiligen Zufriedenheit beider Partners mit der Beziehung*, nach Jäckel das „subjektive Erleben von Glück und Zufriedenheit mit der eigenen Ehe und dem Ehepartner.“ (S.5)

Auf der Grundlage der Equity-Theorie (vgl. Walster et al., 1978) kommt Buunk (1996) zu der Annahme, daß Zufriedenheit in intimen Beziehungen davon abhängt, ob ein ausgewogenes Verhältnis von „Input“ und „Ergebnis“ besteht. Anders ausgedrückt ist ein Partner dann unzufrieden mit einer Beziehung, wenn er mehr in die Beziehung investiert als er aus ihr empfängt. Dies ist theoretisch leicht nachzuvollziehen. Um so mehr überrascht zunächst die Behauptung, daß umgekehrt auch derjenige unzufrieden mit der Beziehung ist, der mehr aus der Beziehung empfängt als er in sie hineingibt. Daß *beide* Situationen sich negativ auf die partnerschaftliche Zufriedenheit auswirken, wenn auch letztere in nicht so ausgeprägtem Maße, konnte jedoch in Untersuchungen (Buunk & Van Yperen, 1991) nachvollzogen werden. Danach waren beide Partner einer Beziehung dann

am zufriedensten, wenn sie sich in der Beziehung ausgeglichen bedacht, d.h. sich weder bevor- noch benachteiligt fühlten (siehe Abbildung). Diese Unzufriedenheit mit der Beziehung könnte z.B. mit einer (begründeten oder unbegründeten) Angst vor dem Verlassenwerden durch den (benachteiligten) Partner erklärt werden bzw. mit einer Instabilität der Beziehung bei unausgeglichener Equity.

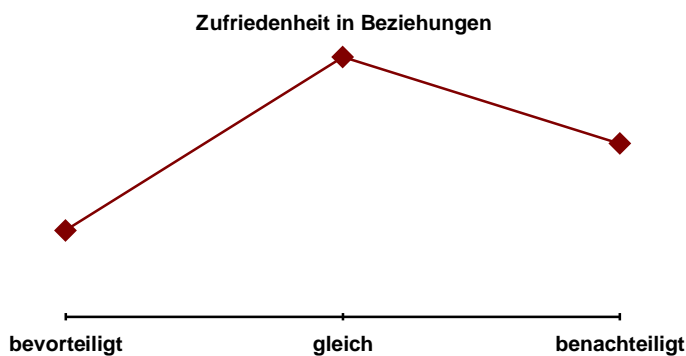


Abbildung 2.1: Zufriedenheit in Paarbeziehungen nach Buunk & van Yperen, 1991

Aus: Stroebe et al., 1996.

Bezüglich der Zufriedenheit zeigt sich ein grundsätzlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Zahlreiche Untersuchungen belegen, daß Männer in durchschnittlichen Partnerschaften zufriedener sind als ihre Partnerinnen (vgl. Fowers, 1991). Bei beiden Partnern nimmt die Zufriedenheit einen kurvilinearen Verlauf, mit einer hohen Zufriedenheit zu Beginn und nach langer Dauer der Beziehung, während sie in der Zwischenzeit abfällt (vgl. Brehm, 1985). Dieser Verlauf wird häufig mit der starken Belastung durch die Kindererziehung erklärt. Da der *Verlauf* der Beziehung in der vorliegenden Studie nicht näher betrachtet wird, möchte ich auf weiterreichende Theorien zu diesem Thema nicht eingehen.

2.1.3.1 Selbstzufriedenheit und Partnerzufriedenheit

Bommert et al. (1984) konnten zeigen, daß in länger dauernden Partnerschaften ein hochsignifikanter positiver Zusammenhang zwischen der

von einem Individuum wahrgenommenen Übereinstimmung seines Lebenspartners mit einem idealen Partner und der erlebten Zufriedenheit in der realen Partnerschaft besteht. In ihrer Studie untersuchten sie 53 Paare mittels eines eigens entworfenen Partnerschaftsfragebogens, der - differenziert nach verschiedenen Bereichen wie Sexualität, Aussehen, Verhalten etc. - zum einen nach der Zufriedenheit mit dem realen Partner und zum anderen nach der Beschaffenheit eines gedachten idealen Partners in denselben Bereichen fragte; außerdem sollte der reale mit dem idealen Partner verglichen werden. Die Ergebnisse wiesen eindeutig darauf hin, daß auch in länger bestehenden Partnerschaften (in diesem Fall im Mittel seit über 10 Jahren) die Zufriedenheit mit dem Partner stark davon abhängt, inwieweit dieser den eigenen Idealvorstellungen von einem Partner entspricht.

Murstein (1977) konnte zeigen, daß ein Partner dann bevorzugt wird, wenn er nicht nur mit dem Partnerideal, sondern auch mit dem Selbstideal übereinstimmt. Er gibt daher Hinweise darauf, daß auch die Zufriedenheit mit dem Partner von dessen Übereinstimmung mit dem Selbstideal abhängt. Aufbauend auf diese Untersuchungen soll auch in der vorliegenden Arbeit die Zufriedenheit mit dem Partner über einen Vergleich von Selbstbild, Partnerbild und Selbstideal verglichen werden.

2.1.4 Paarbeziehungen und chronische Krankheit

Die bisherigen Ausführungen konzentrierten sich auf die durchschnittliche, „gesunde“ Partnerschaft. Im folgenden soll auf mögliche Auswirkungen einer (chronischen) Krankheit auf die Beziehung eingegangen werden. Daß eine solche Erkrankung Folgen für die gesamte Familie hat, steht für Familienforscher außer Frage. Hier wird der Patient nicht losgelöst von der Familie gesehen, sondern vor dem Hintergrund der vielfältigen Interaktionen, die im Rahmen der Erkrankung eines Familienmitgliedes stattfinden (vgl. Wirsching, 1996). Dabei kann die Erkrankung sowohl als das Symptom als auch als der Auslöser einer Familienproblematik verstanden werden.

Die in der Familienforschung postulierten Zusammenhänge zwischen einer

Erkrankung und den Auswirkungen für die gesamte Familie („der Patient Familie“) müßten um so mehr für die primäre Einheit einer Familie, die intime Paarbeziehung bzw. Ehe gelten. Bei der chronischen Erkrankung eines Partners sind daher auch Wechselwirkungen mit der Partnerschaft zu erwarten.

Mit dieser Problematik beschäftigt sich Kickbusch (1981) ausführlich und weist auf die verschiedenen Interaktionsmöglichkeiten hin. Auch die Krankheit als (unbewußtes) *Mittel zum Zweck* spielt für die Autorin eine Rolle, beispielsweise um Machtkonstellationen zu verschieben oder von anderen Konflikten abzulenken bzw. die Krankheit stellvertretend für den Konflikt in der Partnerschaft auszutragen. (vgl. in diesem Zusammenhang auch psychodynamische Deutungen der OSA weiter unten)

2.1.4.1 Rollenverschiebung in der Partnerschaft bei Krankheit des Mannes

Nach Willi (1986, 1992) ist die häufigste und stabilste Beziehungsform die *komplementäre* (s.o.). Dabei baut sich die Beziehung in einer Partnerschaft so auf, daß sich die Partner gegenseitig brauchen, unterstützen und herausfordern. In einer „funktionierenden“ Beziehung findet dies wechselseitig statt, d. h. abwechselnd ist der Partner Unterstützender und Unterstützter. Wie weiter oben bereits beschrieben, geht Willi davon aus, daß in gestörten Beziehungen diese Wechselseitigkeit nicht mehr vorhanden ist und sich so einseitige Rollen und Abhängigkeiten ausformulieren (Willi 1992). Des weiteren verweist Willi auf die Bedeutung der *Gleichwertigkeitsbalance*, die normalerweise schon bei der Partnerwahl in gewissem Rahmen Voraussetzung für das Zustandekommen einer Beziehung ist und die im Verlauf der Beziehung von den Partnern gehalten bzw. hergestellt werden muß.

Auf diese beiden Teilaspekte einer Beziehung sollte die Krankheit eines der beiden Partner erhebliche Auswirkungen haben. In diesem Falle sei vermutlich die Gleichwertigkeitsbalance gestört, da ein zuvor bestehender

ähnlicher Selbstwert der beiden durch die Krankheit verschoben wird. Der oder die Kranke ist in seinen Möglichkeiten eingeschränkt (z.B. Arbeitsfähigkeit), verliert eventuell an Attraktivität etc. Zudem befindet er oder sie sich bei schwerer Erkrankung häufig in einer zwangsweisen Abhängigkeit zum Partner, das heißt, die Wechselseitigkeit des regressiv-progressiven Zusammenspiels ist unterbrochen.

Kickbusch (1981) betont die Auswirkungen auf das geschlechtsspezifische Rollenverständnis der Partner, wenn der *Mann* derjenige ist, der an einer chronischen Krankheit leidet. Eine Erkrankung gibt dem Patienten die Möglichkeit, die regressive Rolle im Sinne von Willi einzunehmen, d.h. die Rolle vom Ehemann zum Kind zu verlagern. Dies kann kurzzeitig vom Patienten durchaus erwünscht sein und als sekundärer Krankheitsgewinn wahrgenommen werden. Bei einer länger andauernden Erkrankung mit Festschreibung der regressiven Rolle hat dies jedoch eine beträchtliche Einschränkung der Entfaltungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten (nach Willi, 1985, also der *Koevolution*) zur Folge.

Diese Annahme wird durch Untersuchungen von Croog et al. (1977) an männlichen Herzinfarkt-Patienten gestützt, welche auf eine starke Beeinträchtigung des männlichen Rollenverständnisses durch die Erkrankung hinweist. Wenn wir die partnerschaftlichen Rollen im Sinne des oben beschriebenen Modells von Willi sehen, müßte es im Falle einer (chronischen) Erkrankung des Mannes konsequent auch zu einer Hinterfragung und ggf. Veränderung der weiblichen Rolle kommen.

Eine Umkehrung der oben beschriebenen klassischen Rollenverteilung (der unterwürfigen Ehefrau eines dominanten Mannes), d.h. die Übernahme der dominanten Rolle durch die Frau, konnte jedoch in empirischen Untersuchungen bislang nicht gefunden werden. Ehefrauen von Herzinfarkt-Patienten (Beckmann 1994) z.B. übernehmen nach Verlust der männlichen Machtposition nicht etwa die dominante Position, sondern gleichen sich in projektiver Identifikation dem Partner an, was von Beckmann als Hilflosigkeit verstanden wird.

Kickbusch (1981) sieht die Situation der Ehefrau im Falle einer chronischen Erkrankung des Mannes in einer Zwickmühle: Einerseits ist sie gezwungen, Funktionen zu übernehmen, die zuvor typischerweise vom Mann getragen

wurden, wie z.B. Berufstätigkeit, Repräsentation nach außen, Übernahme größerer finanzieller Verantwortung etc. Andererseits bedeutet dies eine weitere Abwertung der männlichen Position, was von der Frau primär zumeist nicht intendiert war.

Auch Revenson (1994) beschreibt den Rollenkonflikt, dem die Partnerin eines chronisch Kranken ausgesetzt ist: Als Familienmitglied braucht sie Beistand und Unterstützung, um mit dem krankheitsbedingten Streß zurecht zu kommen; als engste Vertraute des Partners soll und will sie diesem jedoch auch selbst Unterstützung gewähren.

Daß die Krankheit jedoch nicht notwendigerweise negative Auswirkungen auf die Paarbeziehung haben muß, zeigen Untersuchungen von Meddin und Brelje (1983), die von Paaren berichten, die die Rehabilitationsphase nach einem Herzinfarkt des Mannes zu einer engeren Beziehung zueinander führte. Andere Untersuchungen berichten jedoch von einer Zunahme von Depressionen und abnehmender sexueller Zufriedenheit der Frauen nach einem Herzinfarkt des Ehemannes (Brady, 1997). Die belastenden Auswirkungen für den jeweiligen Partner eines für einen längeren Zeitraum Kranken scheinen tatsächlich *geschlechtsspezifisch* zu sein: Während die Partnerinnen von Herzinfarkt-Patienten dauerhaft mehr Verantwortung im Haushalt übernahmen, taten Partner von Herzinfarktpatientinnen dies in sehr viel geringerem und nur kurzzeitigem Ausmaße; nach einem halben Jahr hatten die Patientinnen ihre sämtlichen vorherigen Aufgaben im Haushalt und der Familie wieder eingenommen (Rose et al., 1996).

Auswirkungen eines Herzinfarktes sind zwar oft untersucht, stellen aber keine typische chronische Krankheit (trotz zugrundeliegender chronischer koronarer Herzerkrankung) dar, da sie mit einem einschneidenden und lebensbedrohlichen Ereignis (zumindest subjektiv) beginnen und danach irrationalerweise die Hoffnung auf Besserung vorhanden ist. Anders ausgedrückt, erhoffen sich die Betroffenen nach solch einem Vorfall einen Aufwärtstrend, während die klassische chronische Erkrankung durch einen langsamen Abwärtstrend gekennzeichnet ist. Dies ist z. B. bei der nicht sehr bedrohlichen, jedoch den Alltag sehr einschränkenden und schmerzhaften rheumatoiden Arthritis der Fall. Hier zeigte sich, daß die wahrgenommene

Belastung des Partners nicht so sehr mit der Diagnose selbst, sondern mit den *einzelnen Auswirkungen*, wie Schmerzen, eingeschränkter Leistungsfähigkeit, sexueller Beeinträchtigung etc., korrelierte (Revenson & Majerovitz, 1990, Majerovitz & Revenson 1994).

2.2 Medizinische Aspekte der Schlafapnoe

Im folgenden soll nun speziell auf die in dieser Arbeit untersuchte Krankheit, die obstruktiven Schlafapnoe (OSA), eingegangen werden. Nach Darstellung der somatischen Aspekte soll der Schwerpunkt hierbei auf den psychopathologischen und psychosozialen Aspekt der OSA einschließlich der Konsequenzen für eine Partnerschaft liegen.

2.2.1 Der physiologische Schlaf

Der Schlaf stellt einen Zustand komplexer physiologischer Regulation dar. Seine wesentliche Funktion scheint in der körperlichen und geistigen Regeneration zu bestehen. Warum diese Regeneration zur Aufrechterhaltung der normalen Funktionen von Körper und Psyche nötig ist, und das in einem circadian wiederkehrenden Rhythmus, ist jedoch noch immer nicht vollständig geklärt. Trotz aller Forschungsbemühungen sind die eigentlichen Funktionen und Mechanismen des Schlafes letztendlich unbekannt (Herrmann, 1997).

Die *obstruktive Schlafapnoe* greift in die physiologische Struktur der *Schlafzyklen* ein, auf die daher im folgenden kurz eingegangen werden soll. Der normale nächtliche Schlaf besteht aus 3-5 Schlafzyklen von 70-90 minütiger Dauer. Jeder Zyklus beginnt mit dem Leichtschlaf (Stadium 1 und 2), geht über in den Tiefschlaf (Stadium 3 und 4) und endet mit dem sogenannten paradoxen Schlaf, auch REM-Schlaf (Rapid-Eye-Movement-Schlaf) genannt. Die frühere Bezeichnung Traumschlaf für diesen letzteren

Teil eines Schlafzyklus ist heute nicht mehr sinnvoll, da nach neueren Erkenntnissen auch in den übrigen Schlafphasen geträumt wird, wenn auch anders; im Gegensatz zum REM-Schlaf sind diese Träume sachlicher und es fehlen ihnen meist die für den REM-Schlaf typischen sensorischen, vor allem visuellen Begleitwahrnehmungen; auch kann sich der Träumende normalerweise nach dem Aufwachen nicht mehr an diese Träume erinnern (Leutner 1993).

Der physiologische Schlaf ist aufgeteilt in 75%-80% non-REM-Schlaf und 20-25% REM-Schlaf (Carskadon u. Dement, 1994), wobei die Länge des REM-Schlafes gegen morgen zunimmt.

2.2.2 Definition der Schlafapnoe

Die obstruktive Schlafapnoe gehört zu der Gruppe der schlafbezogenen Atmungsstörungen (SBAS), die wie folgt eingeteilt werden (Peter, 1995) :

1. SBAS *mit* Obstruktion der oberen Atemwege:
 1. partielle Obstruktion (Schnarchen)
 2. obstruktive Apnoe
2. SBAS *ohne* Obstruktion der oberen Atemwege:
 1. Hypoventilation;
 - a) primär alveolär
 - b) sekundär alveolär
 2. zentrale Schlafapnoe

Die obstruktive Schlafapnoe ist zusammen mit dem obstruktiven Schnarchen die häufigste Form der schlafbezogenen Atmungsstörungen (Schäfer et al.,1996). Sie ist gekennzeichnet durch ein wiederholtes Aussetzen der Atmung während des Schlafes. Dies ist in der Einschlafphase, im REM-Schlaf und in geringem Maße auch in anderen Schlafphasen physiologisch (Konietzko et al.,1993), zeigt sich beim typischen Schlafapnoiker jedoch während aller Schlafphasen vermehrt. Die Unterscheidung zwischen physiologischem und pathologischem Schlafverhalten muß also *quantitativ*

erfolgen. Dazu ist der sogenannte Schlafapnoeindex (Apnoeindex, AI) gebräuchlich, der die Anzahl der Atempausen von mindestens 10 sec Dauer pro Stunde Schlaf angibt (Peter et al., 1995). Heute geht man - bei den entsprechenden klinischen Symptomen - bei einem AI $>$ oder $=10$ (Peter et al., 1995) vom Vorliegen einer Schlafapnoe aus. Gebräuchlicherweise wird inzwischen auch der RDI (*Respiratory Disturbance Index*) verwendet (unter zusätzlicher Berücksichtigung des *Hypopnoeindex*, der die Anzahl der Atemzüge mit einem verminderten Atmungsfluß von unter 50% angibt). Entscheidend für die Diagnosestellung ist aber die gleichzeitige Tagesmüdigkeit und die Bestätigung der Diagnose durch eine nächtliche, stationäre, polysomnographische Aufzeichnung (Der RDI selbst wird zunächst meist mittels eines tragbaren Rekorders ambulant ermittelt).

2.2.3 Pathophysiologie der Schlafapnoe

Bei Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe kommt es während des Schlafes zu einer Störung der Atmungsregulation mit verminderter oder aussetzender Atmung. Pathophysiologisch liegt diesem Sistieren der Atmung eine inkomplette oder komplette Obstruktion im Bereich des Oropharynx zugrunde. Ursache dafür ist ein Tonusverlust und schließlich ein Kollaps der Schlundmuskulatur.

Im Gegensatz zur sehr viel selteneren zentralen Schlafapnoe, bei der es intermittierend zu einem Ausbleiben der gesamten Atemmuskulaturaktivierung kommt, bleibt bei der obstruktiven Schlafapnoe die Aktivität der Atemmuskulatur im Bereich der unteren Thoraxapertur (Intercostalmuskulatur, Diaphragma) erhalten.

Durch das Ausbleiben der Ventilation infolge einer Apnoe kommt es zur Hypoxämie und Hyperkapnie mit Bradykardie, die im ZNS die Formatio reticularis des Hirnstammes aktivieren und so eine reflektorische Weckreaktion (arousal reaction) hervorrufen (Leutner 1993, S.15).

Die wiederholten arousal reactions werden vom Patienten nicht bewußt wahrgenommen, bewirken jedoch eine *Fragmentierung des Schlafes mit einer starken Verminderung der Tiefschlafphasen (Stadien 3 und 4)*. Nicht

die *Schlafdauer*, sondern die *Schlafqualität* ist beim Schlafapnoepatienten also vermindert; die *Schlafdauer* hingegen ist regelmäßig verlängert.

2.2.4 Epidemiologie

Zur Abschätzung der Prävalenz der schlafbezogenen Atmungsstörungen gibt es zahlreiche Studien, die jedoch aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Stichproben zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Lavie (1983) stellte unter 1200 israelischen Industriearbeitern eine Schlafapnoe-Prävalenz von 1,3% fest. Young et al. (1993) kamen in einer Studie unter Angestellten zwischen 30 und 60 Jahren zu einer Prävalenz von 2% bei Frauen und 4% bei Männern, forderten hierbei aber nur einen Apnoe-Hypopnoe-Index von mindestens 5 (sowie Hyersomnolenz am Tage) als Einschlusskriterium. Dabei zeigte sich vor allem die Zahl der Schlafapnoe -Patientinnen höher als bisher angenommen. In einer anderen Studie unter 4.925 Angestellten stellten Young et al. (1997) außerdem fest, daß bei 93% der Frauen und 82% der Männer die in der Studie diagnostizierte Schlafapnoe zuvor nicht bekannt war, was auf eine immer noch sehr hohe Dunkelziffer in der Gesamtbevölkerung hinweist. In Deutschland rechnen einige Autoren mit einer Prävalenz von über 1% dringend therapiebedürftiger schlafbezogener Atmungsstörungen, dem entsprechen mehr als 800 000 Fälle (Peter et al., 1995); Die höchste Zahl der Erkrankten findet sich dabei in der Gruppe der 45- bis 64-jährigen (Bixler et al. 1998). Männer sind ca. 7 mal so häufig betroffen wie Frauen (Peter et al., 1995), wobei die Angaben je nach Studie variieren. Jennum (1992) beispielsweise fand in einer großen Studie unter der dänischen Bevölkerung lediglich ein Verhältnis von ca. 2:1 von Männern zu Frauen. Bei Frauen im gebärfähigen Alter kommt die Schlafapnoe im übrigen kaum vor (Peter et al., 1995).

Begünstigend auf die Ausprägung einer obstruktiven Schlafapnoe wirken sich Erkrankungen im Bereich des Oro-/Nasopharynx (z.B. Tonsillenhyperplasie, Nasenseptumdeviation) aus (Zamarron 1998, Conradt et al.1998).

Vor allem aber ist *Adipositas* - gemeinsam mit kardiovaskulären Erkrankungen - mit der Schlafapnoe vergesellschaftet. Mehr als 60% der Schlafapnoiker haben auch Übergewicht, wenn das Übergewicht im Durchschnitt auch nur um weniger als 10% über dem der Normalbevölkerung liegt (Peter, 1987). Eine Gewichtsabnahme hat jedoch eine gesichert günstige Wirkung auf die klinische Symptomatik sowie die Morbidität der Schlafapnoe (Smith et al., 1985).

Die *Mortalität* der Schlafapnoe ist bestimmt durch die Folgekrankungen wie Hypertonie, Schlaganfall, Herzinfarkt und plötzlichem Herztod, aber auch durch Alleinunfälle bei unwillkürlichem Einnicken (Peter et al., 1995). Letzteres führt vor allem im Straßenverkehr mit steigendem Apnoeindex zu einem signifikant erhöhten Unfallrisiko (Cassel et al., 1991, Barbe et al., 1998). Bei einem Apnoeindex von 20 und darüber soll jenseits des 50. Lebensjahres die Lebenserwartung sogar annähernd halbiert sein (He, 1988).

2.3 Psychopathologische Aspekte der Schlafapnoe

Die führenden klinischen Symptome der Schlafapnoe sind psychophysiologischer Natur: exzessive Tagesmüdigkeit, intellektueller Leistungsverfall, Persönlichkeitsveränderungen, morgendlicher Kopfschmerz sowie sexuelle Funktionsstörungen (Peter, 1987). Peter weist auch darauf hin, daß diese Symptomatik „häufig nicht vom Internisten gesehen oder fehlinterpretiert“ werde, „so z.B. im Sinne von depressiver Verstimmung, ‚Klimakterium virile‘ etc.“

Klinisches Hauptsymptom ist die Tagesmüdigkeit. Diese führt bei monotonen Aktivitäten wie Fernsehen, Lesen und Autofahren vermehrt zum (kurzzeitigen) Einschlafen tagsüber (siehe auch Kapitel Epidemiologie). Aufgrund der vermehrten Tagesmüdigkeit und der daraus resultierenden Antriebsschwäche und Trägheit schrieb man an Schlafapnoe leidenden Patienten lange Zeit eine erhöhte *Depressivität* zu; verschiedene Studien

schienen diese Vermutung zu stützen (Beutler et al. 1981, Kales et al. 1985, Millman et al. 1989). Cassel (1993) wies jedoch darauf hin, daß diese Studien Testverfahren benutzt hatten (Minnesota Multiphasic Personality Inventory bzw. Self-rating Depression Scale), welche direkt oder indirekt Angaben über Müdigkeit zur Erfassung der Depressivität verwenden. Da besonders von Ärzten bezüglich Schlafapnoepatienten immer wieder ein depressiver Eindruck beschrieben worden war, verglich er das ärztliche Bild von Schlafapnoepatienten mit Patientenselbstbildern und verwandte dabei ein Testverfahren (Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI), welches (fast) keine müdigkeitsabhängigen Items enthält. Hier beschrieben die Ärzte depressive Patienten, welche im FPI selbst keinen Hinweis auf Depressivität zeigten.

Auch Lee et al. (1993) fanden unter 128 Patienten lediglich 2 Patienten, die ausreichend Symptome für die Diagnose einer Depression nach den DSM-III-R-Kriterien aufwiesen. Er wies darauf hin, daß viele Definitionen der Depression sich sehr mit den Symptomen einer rein organisch bedingten Müdigkeit überschneiden. Berücksichtige man bei der Diagnosefindung jedoch weitere klassische Depressionssymptome wie Hoffnungslosigkeit und Gedankenverharren, fände sich unter Schlafapnoe-Patienten keine Häufung von Depressionen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen in jüngerer Zeit ebenfalls Pillar & Lavie (1998). Sie konnten die mangelnde Verknüpfung von obstruktiver Schlafapnoe und Depression allerdings nur bei männlichen Patienten bestätigen; in ihrer groß angelegten Studie mit insgesamt 2.271 Patienten beiderlei Geschlechts gab es unter den 294 Patientinnen deutliche Hinweise für eine Zunahme von Depressionen mit Zunahme des Schlafapnoeindex. (Wie auch bei den sonstigen Aspekten der Schlafapnoe sind jedoch auch in diesem Bereich die Patientinnen - wohl aufgrund sehr viel kleinerer Fallzahlen - noch nicht annähernd so gut untersucht wie bei Patienten.)

Aufgrund der passageren nächtlichen Hypoxämie kommt es bei der OSA zu einer Beeinträchtigung der *kognitiven Fähigkeiten*. In einer Untersuchung mit 50 Patienten, die unter schwerer Schlafapnoe litten, zeigten 76% der Untersuchten Defizite in den Bereichen Wahrnehmung,

Erinnerungsvermögen, Kommunikation und Lernfähigkeit (Kales et al. 1985). In einer großen Studie mit 1504 Teilnehmern kamen Jennum und Sjol (1995) erneut zu dem Ergebnis, daß Konzentrationsprobleme eng mit Schlafapnoe verknüpft sind. Daß nicht Schläfrigkeit allein, sondern die für die Schlafapnoe typische nächtliche Hypoxämie und Hyperkapnie für kognitive Defizite verantwortlich sind, konnten Greenberg et al.(1987) zeigen. Sie verglichen 14 Schlafapnoepatienten mit 10 Patienten, die an Hypersomnie anderer Genese litten. Es fand sich eine signifikant schlechtere kognitive Leistung bei Schlafapnoepatienten als in der Vergleichsgruppe mit hypersomnischen Patienten (und als in der Kontrollgruppe).

Des weiteren scheint die Schlafapnoe zu einem vermehrten Auftreten von *Demenzerkrankungen* zu führen. Dies belegt eine Untersuchung von Ancoli-Israel et al.(1991) unter 235 alten Menschen (im Mittel 83,5 Jahre (Frauen) bzw. 79,9 Jahre (Männer)), von denen 96% eine Form der Demenz zeigten. In der Mattis Dementia Rating Scale (DRS) fanden sich unter anderem Defizite in den Bereichen Aufmerksamkeit, Ausdauer, Verständnis und auch im Erinnerungsvermögen. Besonders signifikant war die Korrelation zwischen stark ausgeprägter Demenz und schwerer Schlafapnoe (alle Patienten mit schwerer Schlafapnoe waren auch stark dement).

Beutler et al.(1981) verglichen (in einer allerdings recht begrenzten Stichprobe) 20 Schlafapnoepatienten und 20 Narkoleptiker mit 10 gesunden Probanden und kamen anhand von Persönlichkeitstests zu dem Ergebnis, daß Schlafapnoiker zu einem eher *hypochondrischen* und *hysterischen* Persönlichkeitstyp neigen.

2.3.1 Psychosoziale Folgen der Schlafapnoe

Schon bei leichten Formen der Schlafapnoe geben männliche Patienten eine Einschränkung der *Lebensqualität* an. Nach Gall klagen die Patienten grundsätzlich über Schwierigkeiten im häuslichen, beruflichen und sozialen Umfeld (Gall et al. 1993). Detailliertere Angaben über die Art der Schwierigkeiten lassen sich der Studie jedoch nicht entnehmen.

Die oben erwähnte Tagesmüdigkeit wird nach eigenen Erfahrungen für den Patienten subjektiv als starke Belastung empfunden (vgl. Neelsen, 1999). Insbesondere im Beruf kann sie zu starkem sozialen Druck führen, wenn zum Beispiel Schläfrigkeit oder gar wiederholtes Einschlafen während der Arbeit den Eindruck von Faulheit oder Unzuverlässigkeit vermittelt. Im Extremfall kann es zur Bedrohung des Arbeitsplatzes wegen des Vorwurfes von Fahrlässigkeit oder wiederholten Ausfallszeiten kommen. Guilleminault wies bereits 1978 auf diese Problematik hin; er beschrieb eine Untersuchung unter 150 Schlafapnoepatienten, von denen 32% mit ernststen Schwierigkeiten bei der Arbeit zu kämpfen hatten. Nicht zuletzt dieser Sachverhalt kann Patienten schließlich zu einer ärztlichen Vorstellung mit der Hoffnung auf einen organisch begründeten Befund und damit psychosoziale Entlastung bewegen.

Im folgenden möchte ich diesbezüglich einen Auszug aus Aussagen Betroffener zitieren, die ich als Antworten auf eine Internet-Umfrage erhielt (Neelsen, 1999). Die Art der Umfrage läßt sicherlich keine Schlüsse auf die Grundgesamtheit der Schlafapnoiker zu, vermittelt jedoch m. E. einen sehr persönlichen Einblick in die Problematik:

„Ich bin seit 1997 Schlafapnoepatient. Die Situation mit meiner Frau ist sehr schwierig. Seit längerem fällt mir meine Arbeit zunehmend schwerer, oft übermannt mich auch der Schlaf am Schreibtisch. Wegen einer chronischen Entzündung der Nasennebenhöhlen ist mir das Tragen der Beatmungsmaske unmöglich. Es stellt sich also keine Besserung ein. Meine Frau zeigt für all das kein Verständnis. Sie hält mich schlicht für faul. Durch die mangelnde Leistungsbereitschaft hat auch unser Geschäft gelitten. Dies sorgt zusätzlich für Probleme.“

2.3.2 Die Partnerschaft bei Schlafapnoe

Der Partner eines Patienten mit Schlafapnoe nimmt an den Auswirkungen der Krankheit gezwungenermaßen starken Anteil. Da die Krankheit sehr viel

häufiger bei Männern als bei Frauen auftritt, sind es zumeist die (Ehe-) Frauen, die in Mitleidenschaft gezogen werden. Gewöhnlich sind sie es sogar, die die Krankheit zuerst bemerken: Sie klagen über starkes *Schnarchen* des Mannes, das oft zu getrennten Schlafzimmern führt. Auslöser für das Drängen der Partnerin, einen Arzt aufzusuchen, sind jedoch meist die bemerkten *nächtlichen Atemstillstände* beim Patienten, die laut Aussagen der Partnerin immer wieder Anlaß zu Angst ihrerseits vor einem Ersticken des Mannes geben. Trotzdem wird nach eigenen Erfahrungen die Sorge der Frau um ihren Partner von ihrer Umwelt und häufig auch vom Partner selbst lediglich als Versuch interpretiert, das sehr störende nächtliche Schnarchen zu dramatisieren und so auch für den Verursacher der „Störung“ einen zwingenden Grund zu finden, gegen diesen Zustand etwas zu unternehmen.

„Ich glaube, das größte Problem an der ganzen Sache ist, daß für den Partner keine Krankheit direkt ersichtlich ist. Einen Beinbruch kann der Partner sehen....“

aus Internet-Umfrage (Neelsen, 1999)

Die unbehandelte Schlafapnoe stellt unter den chronischen Erkrankungen an die Partnerschaft besondere Herausforderungen, da ihre Symptome zunächst nicht auf eine organische oder überhaupt krankheitsbedingte Ursache hinweisen. Trotz des teilweise sehr langen und schwerwiegenden Verlaufes werden von Betroffenen und sozialem Umfeld die Beschwerden oft als Befindlichkeitsstörung oder gar Ausdruck einer rein psychischen Problematik gesehen. So kommt zu der Last einer chronischen Krankheit bis zur Diagnosestellung auch für den Partner das Fehlen einer Entlastung durch die Diagnose Schlafapnoe hinzu. Diese Entlastung könnte z.B. in der legitimierten Übernahme der fürsorglichen Rolle bestehen. Da sich diese Rolle jedoch nicht anbietet, die reduzierte Verfügbarkeit des Patienten aber nach der Übernahme gewisser Funktionen verlangt (z.B. vermehrte Organisation des gemeinsamen Lebens, Repräsentation nach außen), müßte sich der Partner - analog zu der in Kap. 2.1.4.1 vorgestellten Literatur - in einem Rollenkonflikt befinden. Leider ist eine Auswirkung auf die

Rollenverteilung in der Partnerschaft von Schlafapnoikern meines Wissens bislang überhaupt noch nicht näher untersucht worden.

Fest steht jedoch, daß die Ehe durch die Schlafapnoe ernsthaften Belastungen ausgesetzt ist. In der schon oben zitierten Untersuchung von Gall berichten die Patienten besonders ausgeprägt über familiäre Probleme (Gall et al. 1993). Die ehelichen Schwierigkeiten führen Kwentus et al. (1985) auch auf für die Frauen belastende Symptome wie lautes Schnarchen, unruhigen Schlaf mit nächtlichem Einnässen, sowie Libidoverlust und zunehmende Impotenz zurück.

Libidoverlust und Potenzproblemen sind als Begleiterscheinung der Schlafapnoe in der Vergangenheit kaum Beachtung geschenkt worden. Erst in jüngerer Zeit ist die für männliche Patienten herausragende Problematik Gegenstand von Untersuchungen geworden. Dabei zeigte sich, daß überraschend viele Patienten mit Schlafapnoe auch unter erektilen Funktionsstörungen leiden. So fanden sich in einer aktuellen retrospektiven Studie unter 500 später als Schlafapnoiker diagnostizierten Männern im mittleren Alter (im Mittel 53,6 Jahre) 276 (55,6%) Patienten, die im Routinefragebogen angaben, unter Potenzstörungen zu leiden (Konermann et al. 1999). Die tatsächliche Prävalenz ist sicherlich noch um einiges höher, da bei dieser Thematik mit einer nicht zu vernachlässigenden Dunkelziffer zu rechnen ist. Da die Häufigkeit von erektilen Dysfunktionen unter 40-70jährigen normalerweise zwischen 9,6 und 20% liegt, besteht dieses Problem also bei Schlafapnoepatienten ca. viermal so häufig wie in der Gesamtbevölkerung. Als Ursache kommen bei der Schlafapnoe sowohl organische als auch psychische Faktoren in Betracht. Eine bei länger bestehender Erkrankung mögliche Schädigung des zentralen Nervensystems, zunehmende Arteriosklerose (auch im Rahmen der kardiovaskulären Begleiterkrankungen), sowie - für den Patienten subjektiv ursächlich im Vordergrund stehende - Tagesmüdigkeit sind mögliche organische Gründe. Aber auch für diese Problematik relevante psychische Auswirkungen der Schlafapnoe spielen sicherlich eine Rolle. In der Literatur immer wieder erwähnte Persönlichkeitsveränderungen bei Schlafapnoe, insbesondere Depressionen, könnten gewiß zu erektilen Funktionsstörungen

führen, sind aber, wie oben bereits ausgeführt, umstritten.

Aus psychodynamischer Sicht ließe sich in einigen Fällen die Schlafapnoe theoretisch auch als Abwehr der sexuellen Forderungen der Partnerin deuten: Das störende Schnarchen und ggf. die therapeutische Maskenbeatmung diene dem Mann dann als Vorwand, das eheliche Schlafzimmer zu verlassen bzw. einer sexuellen Begegnung auszuweichen. Auf diese Weise könnte dem wiederholten Eingeständnis der eigenen Impotenz vorgebeugt werden. (A. Neraal, pers. Mitteilung 1999)

Im Internet wird das Problem der Impotenz zur Zeit auf einschlägigen Schlafapnoeforen vermehrt von Betroffenen diskutiert und eine zu geringe Beachtung der Thematik durch die Wissenschaft beklagt (vgl. auch Neelsen, 1999).

2.3.2.1 Partnerschaftliche Zufriedenheit bei Schlafapnoepatienten

Für die Partnerschaftszufriedenheit spielt die Sexualität eine bedeutsame Rolle. So konnte Fliegel zeigen, daß eine Zufriedenheit in und mit der Sexualität die Zufriedenheit in der gesamten Partnerschaft begünstigt (Fliegel et al., 1983). Wie oben ausgeführt, zeigen Untersuchungen bei Patienten, die unter unbehandelter Schlafapnoe leiden, ein erhöhtes Auftreten erektiler Funktionsstörungen (Koner mann et al., 1999): Daß dies Anlaß zu sexueller Unzufriedenheit der Partner gibt, insbesondere auch der (in ihrer Libido nicht eingeschränkten) Frau, und damit auch zu einer Unzufriedenheit mit der gesamten Partnerschaft führt, erscheint wahrscheinlich.

Nach einer Untersuchung von Cartwright und Knight (1987) sind Ehefrauen unbehandelter Schlafapnoepatienten mit ihrer Ehe eher unzufrieden. Dies ist meines Wissens die einzige Untersuchung, welche die gleiche Fragestellung wie die vorliegende Arbeit zum Gegenstand hat. Hierbei wurde das *Marital Satisfaction Inventory (MSI)* verwendet. Laut der Autoren stellt die Ehe an sich für die Patienten sogar eine zusätzliche Belastung dar: Sie verglichen 10 verheiratete Patienten und deren Ehefrauen mit 7 geschiedenen und

kamen zu dem Ergebnis, daß sich verheiratete Patienten depressiver, sozial isolierter und erschöpfter fühlten als die geschiedenen; außerdem beurteilten die Ehepaare ihren Erfolg als Eltern negativer. (Allerdings wurde auch hier zur Einschätzung der Depressivität wieder der in diesem Zusammenhang von anderen Autoren kritisierte MMPI verwendet (siehe Cassel 1993)). Die Autoren nehmen an, daß sich die Patienten aufgrund ihrer durch die Schlafapnoe begrenzten Energien den Anforderungen der Ehe (und der Rolle als Vater) nicht gewachsen fühlten. Hierbei muß jedoch berücksichtigt werden, daß die Vergleichsgruppe der geschiedenen Patienten im Schnitt fast 6 Jahre jünger war und unter leichterem Ausprägung der Schlafapnoe litt (gemessen am RDI).

Zum Abschluß dieser Thematik noch einmal Auszüge aus der oben erwähnten Internet-Umfrage (Neelsen, 1999):

„Belastet Schlafapnoe die Beziehung ?

Ihre Frage kann ich nur mit einem ganz kräftigen "Ja" beantworten: Dabei ist mangelnde Potenz nicht mal das schlimmste. Viel schlimmer ist die dauernde Müdigkeit, der Drang zu schlafen, die eine Beziehung nicht nur im wahrsten Sinne des Wortes "einschlafen" läßt, sondern jegliche Kommunikation kommt zu kurz, man wird völlig antriebslos und es bauen sich mit der Zeit erhebliche Spannungen auf, da der Partner ja die diversen Aktivitäten, die man früher gemeinsam unternommen hat, einfordert, während man selbst dazu zu kaputt ist, bzw. sogar (im Kino, Theater, Konzert, ...) dabei einschläft. Dabei wissen im allgemeinen beide nichts von der Krankheit!“

2.4 Die Theorie der Persönlichen Konstrukte

Zur Untersuchung von Beziehungen eignen sich zahlreiche der gängigen psychologischen Testverfahren; zudem wurden speziell für Paare eigene Untersuchungsverfahren entwickelt, z.B. der Partnerschaftsfragebogen (Hahlweg, 1979), die Dyadic adjustment scale (Spanier, 1976) oder das Marital Satisfaction Inventory (Snyder, 1981).

Zur Bearbeitung der Fragestellungen dieser Arbeit wurde neben dem Gießentest jedoch ein Untersuchungsverfahren gewählt, das nicht den gängigen Kriterien für ein klassisches Testverfahren entspricht, dafür jedoch in ganz außerordentlichem Maße die persönlichen Einstellungen, Erfahrungen und Fähigkeiten eines Menschen berücksichtigt. Dieses Verfahren, der *Role Repertory Grid Test* oder kurz *GRID*, basiert auf der Theorie der persönlichen Konstrukte von G. A. Kelly und wurde von ihm selbst entwickelt. Die Durchführung und Auswertung des verwendeten Tests ist eng mit der zugrundeliegenden Philosophie Kellys verknüpft und kann nur auf der Grundlage dieser verstanden werden.

Des weiteren spielt die Theorie der persönlichen Konstrukte in Erklärungsmodellen von Partnerschaftsentwicklung und partnerschaftlicher Interaktion eine große Rolle (vgl. z.B. Willi, Kap. 2.1).

Die *Theorie der persönlichen Konstrukte* findet sich ausführlich dargestellt in Kellys Werk "The psychology of personal constructs" (1955).

Philosophische Grundlage der Theorie ist der *konstruktive Alternativismus* (vgl. Bonarius et al., 1981, zit. nach Scheer & Catina, 1993a). Dieser beinhaltet die These, daß die Umwelt nur insoweit erkannt werden kann, als sie vom Menschen interpretiert und bewertet wird. Demnach gibt es keine absolute Wahrheit, sondern immer nur *alternative Interpretationsmöglichkeiten*. Dabei gibt es mehr oder weniger nützliche Interpretationen, nicht aber richtige oder falsche. Sie beinhalten keine „wahre“ Beschreibung der Realität, sondern nur eine Annäherung an diese (vgl. Scheer & Catina, 1993a).

Der konstruktive Alternativismus beschränkt seine Philosophie dabei nicht nur auf die Psychologie, sondern ist im Prinzip für die gesamte Wissenschaft bedeutsam. Insbesondere grenzt er sich ab von anderen wissenschaftstheoretischen Positionen wie dem „akkumulativen Fragmentalismus“ (vgl. in Bannister und Fransella, 1981, zit. n. Scheer & Catina, 1993a), der davon ausgeht, daß die Wahrheit Stück für Stück gesammelt wird und sich so einer absoluten *Gesamtwahrheit* langsam annähert.

2.4.1 Kellys Menschenbild und der Konstruktionsprozeß

Kelly kritisierte an der Wissenschaft, daß sich der Wissenschaftler in dem Bestreben, objektiv zu sein, von dem untersuchten Menschen abgrenzt. Kellys Ansicht nach ist jedoch jeder Mensch eine Art Wissenschaftler, der ständig Theorien über sich, seine Umwelt und sein Verhältnis zu ihr aufstellt, diese auf ihre Angemessenheit bzw. Unangemessenheit hin überprüft und gegebenenfalls durch neue Theorien zu ersetzen versucht. Diese meist unbewußte Tätigkeit bezeichnet Kelly als „konstruieren“ (vgl. im folgenden Scheer & Catina, 1993a).

Ein Konstrukt ist dabei zunächst einmal eine *Unterscheidung*: Der Mensch nimmt sich, seine Umwelt und sein Verhältnis zu ihr wahr, stellt Unterschiede und Ähnlichkeiten fest und konstruiert sich so seine wahrgenommene Realität. Die in dieser Weise gefundenen Merkmale der Realität werden dann abstrahiert und so von den ursprünglichen Ereignissen der Wirklichkeit, die sie begründet haben, unabhängig.

Bei Ereignissen der Realität kann es sich prinzipiell um jede Art von wahrnehmbarer Entität (nach Kelly: *Elemente*) handeln; für die vorliegende Arbeit interessieren aber insbesondere die durch Unterscheidung von *Individuen* abgegrenzten Elemente.

2.4.2 Grundpostulat und Hilfssätze

Kelly hat seine Theorie der persönlichen Konstrukte in ein Grundpostulat und mehrere Hilfssätze gegliedert, die hier kurz angesprochen werden sollen.

Das *Grundpostulat* besagt, daß das Konstruktsystem die Art und Weise gestaltet, in der man denkt, fühlt und sich verhält. Das Konstruktsystem macht die Persönlichkeit eines Menschen aus.

Die Bildung von Konstrukten erlaubt es dem Menschen, die zahlreichen Eindrücke aus seiner Umgebung auf ein Maß zu reduzieren, welches er kognitiv verarbeiten kann, und ihr eine Struktur zu geben (*Konstruktions-Satz*). Konstrukte enthalten die Erwartung, daß sie in der Zukunft wiederzufinden sein werden (*Antizipation*). Insofern helfen die Konstrukte bei der Einordnung von neuen Situationen.

Für jeden Lebensbereich bildet der Mensch spezifische Konstrukte (*Bereichs-Satz*) die nach Kelly immer *dichotom* sind: die Ausformung eines Konstruktes bedingt auch immer die Möglichkeit eines Gegenteils (*Dichotomie-Satz*). Zum Bilden eines Konstruktes bedarf es dabei immer dreier (denkbarer) Elemente; zwei, die sich ähneln und einem, welches sich von den anderen unterscheidet (daraus abgeleitet ist die *Triadenbildung* zur Konstruktfindung während eines GRIDs (siehe Kapitel Methoden)).

Jedes Individuum bildet sein eigenes Konstruktsystem, das sich von dem anderer in der Anzahl der Konstrukte, Art der Benutzung, Veränderbarkeit etc. unterscheidet (*Individualitäts-Satz*). Es gibt jedoch auch sich interindividuell ähnelnde Konstrukte (z.B. aufgrund gemeinsamer Kultur, Sprache, Familie, Beruf etc.) Je mehr sich diese Konstrukte ähneln, desto mehr ähnelt sich auch die Denkweise der Individuen (*Ähnlichkeits-Satz*). Dies kann zu einer besseren Verständigung untereinander, jedoch auch zu Vorurteilen und Abgrenzungen gegenüber Dritten führen. Für eine adäquate soziale Kommunikation ist es daher notwendig, sich in die andersartigen Konstrukte bzw. das Konstruktsystem des Gegenübers hineinversetzen zu können (*Sozialitäts-Satz*), ohne daß dessen Konstrukte übernommen werden müssen (vgl. auch Willis Paartheorie, Kap.2.1)

Durch die zunehmende Bildung von Konstrukten ergibt sich ein Geflecht von Beurteilungskriterien, aus dem sich eine Ordnungsstruktur bildet. So gibt es *übergeordnete*, bedeutsamere Konstrukte, welche meist abstrakter und für ein breiteres Spektrum von Ereignissen aussagekräftig sind, während *untergeordnetere* eher situationsbezogen sind (*Organisations-Satz*).

Im Laufe der Entwicklung eines Konstruktsystem findet jedoch eine immer weitergehende Differenzierung mit Bildung von Subsystemen statt, die mit dem Gesamtsystem durchaus inkongruent sein können (*Fragmentierungs-Satz*). Emotionen stellen hierbei eine Art Motor dar, der den Konstruktionsprozeß aktiviert und moduliert. Gefühle wie Furcht oder Scham signalisieren dem Individuum die Notwendigkeit zur Überprüfung und ggf. Revision seines Konstruktsystems.

2.4.3 Der Test zur Theorie: Die Grid-Technik

Aufgrund der zunehmenden Akzeptanz der Theorie der persönlichen Konstrukte von Kelly ist auch das auf dieser Theorie basierende psychologische Untersuchungsverfahren, der *Role Repertory Grid-Test* Kellys (im weiteren GRID oder Grid-Technik genannt) in den letzten Jahren vermehrt zur Anwendung gekommen. Es handelt sich um eine Art standardisiertes Interview, das individuumszentriert über für den Probanden bedeutsame Elemente (zumeist Personen) seine persönlichen Konstrukte erhebt und ihm diese dann zur Einschätzung seiner persönlichen Wirklichkeit vorlegt. Das Testverfahren wird im Methodenteil näher erläutert; dort finden sich auch Beispiele für Untersuchungen, die mittels des Grid-Verfahrens durchgeführt wurden.

3 Fragestellung

Gegenstand dieser Studie sind die Begleiterscheinungen einer Schlafapnoe bezüglich der partnerschaftlichen Beziehung. Zwei Bereiche interessieren hierbei im besonderen:

- 1. Die partnerschaftliche Rollenverteilung*
- 2. Die Zufriedenheit der Frau mit ihrem erkrankten Partner*

3.1 Partnerschaftliche Rollenverteilung

Ausgehend vom Stand der derzeitigen Literatur und den Beobachtungen der Mitarbeiter des schlafmedizinischen Labors der Universitätsklinik Marburg (siehe „Problemdarstellung“) wird vermutet, daß sich im Rahmen einer Schlafapnoe des Mannes Veränderungen in der Rollenverteilung ergeben. Da die meisten Schlafapnoe-Erkrankungen nach dem 50. Lebensjahr auftreten (siehe Kapitel Epidemiologie), ist zunächst von einer in dieser Generation noch typischen „klassischen“ Rollenverteilung im Sinne eines dominierenden Mannes mit einer eher kooperierenden Frau auszugehen. Es wird nun angenommen, daß sich diese Rollenverteilung im Verlauf der Krankheit umkehrt, so daß die Partnerin des Patienten die eher dominierende Rolle in der Beziehung übernimmt. D.h., langjährige Partnerinnen von Patienten, welche unter einer unbehandelten OSA leiden, sollten somit eine dominantere Rolle einnehmen als ihre Partner.

3.1.1 Hypothese zur partnerschaftlichen Rollenverteilung

- H 1** *Eine unbehandelte OSAS des Mannes geht mit niedrigeren Werten in der Skala „Dominanz“ des Gießentest-Selbst- und Fremdbildes der Partnerin einher als denjenigen des männlichen Selbst- und Fremdbildes.*

3.2 Zufriedenheit der Frau mit dem Partner

Ein weiteres Augenmerk soll auf die Zufriedenheit der Frau mit ihrem erkrankten Partner gerichtet werden. Die ausgeprägten Einschränkungen durch die Schlafapnoe wie Tagesmüdigkeit, Unaufmerksamkeit und Monotonieintoleranz, die zu einem eingeschränkten gesellschaftlichen Leben führen können, sowie für die Partnerschaft insbesondere relevante Begleiterscheinungen wie sexuelle Funktionsstörungen lassen die Vermutung zu, daß die Zufriedenheit der Frau mit ihrem Partner leidet. Erste Untersuchungen (Cartwright und Knight, 1987) hierzu stützen diese Annahme.

Daraus ergibt sich die These, daß mit einer Schlafapnoe des Mannes eine geringere Zufriedenheit der Partnerin mit ihrem Partner als mit sich selbst einhergeht. Die Zufriedenheit soll gemessen werden an den Unterschieden in der Beurteilung von sich selbst, dem Partner und einem idealen Selbst. Dabei sollen nicht inhaltliche (z.B. im Sinne von moralisch besser) sondern rein formale (im GRID-Verfahren numerische) Unterschiede bzw. die auf diese Weise ermittelten Distanzen zwischen zwei Beurteilungen erfaßt werden (zum Begriff Distanz siehe auch Kap. Methoden).

Zur Beantwortung der Fragestellung sollen die Distanzen zwischen Selbstideal und Partnerbild sowie zwischen Selbstideal und Selbstbild im GRID miteinander verglichen werden. Diese Vorgehensweise ist anderen Grid-Studien entlehnt, so z.B. Catina und Czogalik (1988), die statt des Partners den Therapeuten mit dem eigenen Idealbild verglichen, um anhand der Distanz voneinander den Therapieerfolg zu messen (siehe Kapitel 4.3).

3.2.1 Hypothese zur Zufriedenheit der Frau mit dem Partner

H 2 Bei Frauen, deren Partner unter einer unbehandelten OSA leiden, findet sich im GRID eine höhere Distanz zwischen Selbstideal und Partnerbild als zwischen Selbstideal und Selbstbild. Bei den

erkrankten Partnern ist dies nicht der Fall.

4 Methoden

4.1 Stichprobe

4.1.1 Auswahl der Stichprobe

Das Schlafapnoesyndrom tritt, wie oben ausgeführt, sehr viel häufiger bei Männern als bei Frauen auf. Daher wurden zur besseren Durchführbarkeit und Vergleichbarkeit nur Paare in die Untersuchung aufgenommen, bei denen der Mann derjenige war, der sich wegen schlafapnoetypischer Beschwerden in ärztliche Behandlung begeben hatte.

4.1.1.1 Auswahl der Giessentest-Sichprobe

Bereits vor Beginn meiner eigentlichen Untersuchungen wurden im Frühjahr 1994 vom schlafmedizinischen Labor Marburg aus 6 Wochen lang an alle zu einem ambulanten Ersttermin einbestellten Patienten und ihre Partnerinnen Gießenteste (Fremd- und Selbstbild) versandt. Insgesamt wurden hierfür 81 potentielle Patienten angeschrieben. In den Anschreiben wurden ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Teilnahme freiwillig und eine Absage ohne Konsequenz für die weitere Behandlung im schlafmedizinischen Labor sei. An dieser ersten Studie nahmen 45 Paare teil, die den gleichen Aufnahmekriterien wie den von mir später untersuchten Paaren unterlagen (siehe unten; Ausnahme: ein etwas erhöhtes oberes Einschlußalter von 67 Jahren). Die Teilnehmer dieser ersten Studie wurden in die Stichprobe zur Beantwortung der H1 mit aufgenommen. Eine schriftliche Einverständniserklärung der Paare liegt vor. Auf eine Untersuchung mittels Grid-Technik war von vornherein verzichtet worden. Die teilnehmenden Patienten brachten die ausgefüllten Bögen am Untersuchungstag in die Schlaflaborambulanz mit. 29 der angeschriebenen Paare füllten die Bögen nicht aus; 7 sagten ihren Untersuchungstermin in der Schlaflaborambulanz aus mir nicht bekannten Gründen ab.

4.1.1.2 Auswahl der Gießentest- und GRID-Stichprobe

In der Zeit vom Juni 1994 bis August 1995, immer ca. 3 Wochen vor einem durch den Hausarzt vereinbarten Untersuchungstermin in der poliklinischen Ambulanz des schlafmedizinischen Labors Marburg, wurden 68 Patienten der Schlaflaborambulanz angeschrieben und um eine freiwillige Teilnahme an der erweiterten Untersuchung (mit den oben erwähnten Hinweisen bezüglich Nichtteilnahme) gebeten. Folgende Einschlusskriterien mußten erfüllt sein:

- *Verdacht auf eine OSA aufgrund von Hausarztbefund und Symptom-Bewertungs-Bogen, routinemäßig vom Schlaflabor versandt (Punktescore mindestens 3)*
- *Alter zwischen 18 und 67 Jahre*
- *deutsche Staatsangehörigkeit.*
- *Wohnort nicht weiter als ca. 70 km von Marburg entfernt (um einen Hausbesuch zu ermöglichen)*
- *mindestens 5 Jahre Beziehungsdauer*

Bis auf das letzte Einschlusskriterium waren die nötigen Daten bereits vor meinem Anschreiben bekannt; die Dauer der Beziehung wurde bei der telefonischen Nachfrage bezüglich des Hausbesuches erfragt.

Auf diese Nachfrage hin erklärten sich 22 der 68 angeschriebenen Männer zusammen mit ihren Partnerinnen bereit, an der erweiterten Untersuchung teilzunehmen. Auch hier liegen die Einverständniserklärungen für die Teilnahme schriftlich vor. Bei den anderen 46 angeschriebenen Patienten scheiterte die Teilnahme aus folgenden Gründen (eigene Angaben der Patienten):

- 9 Probanden lebten nicht in einer dauerhaften Partnerschaft
- in 19 Fällen standen organisatorische oder terminliche Probleme im Wege
- bei 18 Paaren hatte einer der Partner kein Interesse an einer Teilnahme oder es wurden keine Gründe für die Absage angegeben.

Bei Nichtteilnahme an dem GRID-Verfahren wurden hier auch auf den Giessentest verzichtet.

Mit den verbliebenen 22 Paaren wurde ein Besuchstermin vereinbart. Die Paare wurden zuhause besucht, um eine möglichst alltägliche und von der bevorstehenden internistischen Diagnostik wenig beeinflusste Situation zu schaffen. Dies erklärt auch den nahe gelegenen Wohnort als Einschlusskriterium.

Bei 2 der 22 Paare stellte sich zu Beginn des Besuches heraus, daß die erforderliche Bereitschaft, sich auf eine psychologische Untersuchung einzulassen, trotz vorheriger telefonischer Vorbereitung nicht vorhanden war, und zwar in einen Fall bei dem Patienten, in dem anderen bei der Ehefrau (die offensichtlich von Ihrem Mann nicht ausreichend informiert worden war). Interessanterweise waren diese beiden die einzigen in Marburg direkt wohnenden Paare.

Somit verblieben 20 Paare, bei denen beide Partner sowohl die Giessentest-Fremd- und Selbstbilder ausfüllten als auch an der GRID-Untersuchung teilnahmen.

Auch hier gaben alle Patienten und ihre Partnerinnen schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Untersuchung.

4.1.2 Beschreibung der Stichprobe

Die nachfolgend aufgeführten Werte entstammen den routinemäßig erhobenen Daten der schlafmedizinischen Universitäts-Poliklinik Marburg sowie den Zusatzdaten der GRID- und Giessentest-Erhebungsblätter.

Wie zuvor beschrieben, ist die Untersuchung unterteilt in zwei Stichproben:

- Die *Gesamtstichprobe*, bestehend aus 65 Paaren, die *mindestens* den Giessentestfragebogen ausfüllten; auf dieser Gesamtstichprobe beruhen die Auswertungen zur H1
- Die *Teilstichprobe* derjenigen Paare, die *zusätzlich* zum Gießentest auch an dem GRID-Verfahren teilnahmen. Auf dieser Stichprobe beruhen die Auswertungen zur H2.

Angaben über die Teilstichprobe finden sich im folgenden, wenn nicht gesondert angegeben, in Klammern.

Das Alter der Patienten lag zwischen 32 (34) und 67 (64) Jahren und entsprach mit einem Durchschnittsalter von 51,7 (56,2) Jahren annähernd dem durchschnittlichen Alter zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bei Schlafapnoe (vgl. Epidemiologie im Einleitungskapitel). Die Partnerinnen waren zwischen 20 (30) und 67 (62) Jahren alt, hier lag das Durchschnittsalter bei 48,7 (52,15) Jahren. Weitere zusätzliche Daten wurden nicht erhoben, um die Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen, nicht zu mindern.

Definiert man ein beginnendes Übergewicht ab einem BMI von 25, so waren alle teilnehmenden Patienten bis auf zwei (1) übergewichtig bei einem mittleren BMI von 29,1 (28,5); der übergewichtigste Patient kam auf einen BMI von 37,5 (34,9), der niedrigste BMI lag bei 23,5 (23,9). Das entsprechende Durchschnittsgewicht lag bei 92,2 (92,8) kg mit einer Durchschnittsgröße von 178 (180,5) cm. Somit nähern sich auch in Bezug auf das Übergewicht die Patienten der Stichprobe der Grundgesamtheit der Schlafapnoepatienten an, bei denen das Gewicht im Mittel 10% über dem Normalgewicht liegt (vgl. Peter, 1987, im Kap. 2)

Der mittlere RDI (durchschnittliche Gesamtzahl der respiratorischen Störungen (Apnoe/Hypopnoe) pro Stunde Schlaf) betrug 25,4 (26,1). Auffällig war hier eine starke Streuung mit einer Standardabweichung von 20,26 (17,36). Der niedrigste Wert lag hier bei 0 (11), der höchste bei 96 (69). Normalerweise wird ab einem RDI ab 10, bei einigen Autoren auch ab 5

(siehe Kap 2) von einer Schlafapnoe ausgegangen; bei Patienten mit einem RDI unter 10 war die ärztlich-klinische Beurteilung ausschlaggebend für die Diagnose. Dies war in dieser Stichprobe bei 9 (0) Patienten der Fall. Hierbei wurde in 30 (13) Fällen aufgrund einer milden Ausprägung der Krankheit eine Verhaltensberatung ggf. in Kombination mit medikamentöser Behandlung (z.B. Theophyllin oral) als ausreichende Therapie angesehen, während in 35 (7) Fällen eine Therapie mit einem Beatmungsgerät eingeleitet wurde.

4.1.2.1.1.1 Tabelle 4.1: Gesamtstichprobe(Gießentest)

	Größe (cm)	Gewicht (kg)	BMI	RDI	Alter Pat. (Jahre)	Alter Partnerin (Jahre)
Mittelwert	180,45	92,8	28,48	26,1	51,66	48,72
Standardabw.	6,53	11,10	3,04	17,36	8,54	9,52
Minimum	169	75	23,89	11	32	20
Maximum	198	117	34,94	69	67	67

Tabelle 4.2: Teilstichprobe (GRID & Gießentest)

	Größe (cm)	Gewicht (kg)	BMI	RDI	Alter Pat. (Jahre)	Alter Partnerin (Jahre)
Mittelwert	178,02	92,18	29,11	25,40	56,15	52,15
Standardabw.	6,09	11,36	3,51	20,26	7,36	8,93
Minimum	164	68	23,53	0	34	30
Maximum	198	123	37,54	96	64	62

Nebenbefundlich fanden sich bei 23 (8) Patienten eine Hypertonie, bei 8 (5) zeigten sich cardiale Erkrankungen wie KHK, Herzinsuffizienz oder Herzrhythmusstörungen. Außerdem litten 2 (1) Patienten unter einer COPD.

Tabelle 4.3: Diagnosen

	Gesamtstichprobe (n=65)	Teilstichprobe (n=20)
<i>Beatmungspflichtige OSA</i>	35	7
<i>OSA mit medikamentöser Therapie / Beratung</i>	30	13
<i>Hypertonie</i>	23	8
KHK	5	3
Herzinsuffizienz	1	1
Herzrhythmusstörungen	2	1
COPD (chron. obstructive pulm. disease)	2	1

4.2 Durchführung

4.2.1 Durchführung der Gießenteste

Gemeinsam mit dem ersten Anschreiben (siehe Anhang) wurden bereits die Fragebögen für den Gießentest (Selbst- und Fremdbild) und eine Einverständniserklärung mit der Bitte versandt, diese im Falle einer Teilnahme getrennt auszufüllen. Bei denjenigen Paaren, die nur für die Teilnahme am Gießentest vorgesehen waren, wurden die Tests und die Erklärung bei der klinischen Erstvorstellung in der Schlaflaborambulanz vom behandelnden Arzt entgegengenommen.

Ebenso wurde mit der Teilstichprobe (Gießentests und GRID) verfahren, allerdings wurden hier die Tests schon während des Hausbesuchs zur GRID-Untersuchung entgegengenommen.

4.2.2 Durchführung des PAARGRIDs

Zu Beginn des Hausbesuchs zur GRID-Untersuchung der Teilstichprobe wurde der Ablauf des Verfahrens ausführlich erklärt. Das Paar sammelte unter Anleitung gemeinsame Elemente und wurde dann gebeten, sich

möglichst weit voneinander entfernt zu setzen, um eine gegenseitige Beeinflussung beim Ausfüllen der Bögen zu vermeiden. Die Konstrukterhebung mittels Triadenvergleich sowie das Ausfüllen beider GRIDs wurde getrennt, aber gleichzeitig durchgeführt und zwar in der für das PAARGRID in Kap.4.3.1.2 eingehend beschriebenen Form.

4.2.3 Durchführung der Schlafapnoe-Untersuchung

In der ambulanten Untersuchung in der Klinik wurde zunächst eine internistische Basisuntersuchung vorgenommen. In der auf die klinische Untersuchung folgenden Nacht wurde der Schweregrad der Atmungsstörung in Form des RDI gemessen. Dazu bekamen die Patienten ein tragbares Meßgerät (MESAM) angelegt, welches Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung, Körperlage und Schnarchen erfaßt. Die Patienten konnten mit diesem Gerät die Klinik verlassen und zuhause schlafen. Die Auswertung erfolgt am nächsten Morgen wieder in der Klinik.

4.3 Verwendete Meßinstrumente

Methodische Grundlage dieser Untersuchung bilden die Repertory Grid-Technik nach Kelly (1955) und der Giessentest nach Beckmann, Brähler und Richter (1990). Beide Verfahren sollen im folgenden vorgestellt und ihre Anwendung in der Untersuchung erläutert werden.

4.3.1 Die Role Repertory Grid-Technik

Die Role Repertory Grid-Technik (im weiteren auch GRID oder Grid-Technik genannt) basiert auf der Theorie der persönlichen Konstrukte von G.A. Kelly und wurde noch von ihm selbst entwickelt. Es handelt sich um eine Art individuumszentriertes strukturiertes Interview und fordert vom Probanden viel Mitarbeit, geht aber auch stark auf die persönlichen Einstellungen und Sichtweisen des Probanden ein. Ausgehend von der Metapher des „Menschen als Forscher“ (Kelly 1955) werden die zu beurteilenden Objekte

(bei Kelly: *Elemente*) und die Eigenschaften, nach denen diese Objekte bewertet werden sollen, nicht vorgegeben, sondern vom Probanden im Verlauf der Untersuchung entwickelt. Ziel ist die Erfassung seines persönlichen Konstruktsystems, d.h. seiner eigenen Art, sich selbst und seine Umwelt wahrzunehmen und zu beurteilen (vgl. auch Kap.2.4).

Kelly wandte den GRID ursprünglich in der Psychotherapie an; heute findet diese Technik jedoch auch in der Forschung Verwendung (vgl. Scheer und Catina, 1993b).

Praktische Grundlage des typischen GRIDs ist ein leeres Rasterblatt (siehe Abbildung 4.1), welches auf der einen Achse mit den vom Probanden zu findenden Elementen, auf der anderen mit seinen Konstrukten und den ebenfalls von ihm zu benennenden inhaltlichen Gegenteilen gefüllt wird.

Das ursprüngliche GRID von Kelly besteht aus 16x16 Feldern, heute wird die Anzahl der Elemente und Konstrukte üblicherweise durch den Probanden bestimmt. Aus obenstehender Abbildung wird auch der Name GRID (engl.= Gitter) verständlich.

Zur Erfassung der persönlichen Konstrukte sind verschiedene Methoden entwickelt worden (zur Definition von Konstrukten bei Kelly siehe ausführlich im Theorieteil). Am gebräuchlichsten ist der *Triadenvergleich* („minimum context form“, Kelly, 1955), der auch in der vorliegenden Arbeit Anwendung findet. Hierbei werden drei zufällig ausgewählte Elemente des Probanden von diesem miteinander verglichen. Ziel ist es, eine Eigenschaft zu finden,

die zwei der Elemente von der dritten unterscheidet (z.B. „lebhaft“). Diese Eigenschaft muß nicht notwendigerweise als Adjektiv benannt werden können, sie kann auch als Substantiv (z.B. „Gemütsmensch“) oder in einem ganzen Satz ausgedrückt werden (z.B. „regt sich leicht auf“). Die gegensätzliche Eigenschaft der dritten, von den anderen verschiedene Person, wird jeweils anschließend benannt (z.B. „ruhig“), wobei vom Anleiter darauf geachtet werden sollte, daß nicht einfach die Verneinung der ersten Eigenschaft gewählt wird (hier: „unlebhaft“), um zwei möglichst gleichwertige Konstruktpole zu schaffen und die persönliche Bedeutung für den Probanden noch näher zu verdeutlichen (statt „ruhig“ wäre also z.B. auch „träge“, „besonnen“, „zurückhaltend“ etc. denkbar und aufschlußreich für die subjektive Bedeutung des Initialpols für den Probanden). Nach Kellys Theorie hat das so gefundene Konstrukt für den Probanden eine höhere Bedeutung bei der Beurteilung beziehungsweise Wahrnehmung seiner Umwelt als eine vom Untersucher vorgegebene; des weiteren vollzieht der Triadenvergleich Kellys Theorie nach, nach welcher Konstrukte gleichzeitig Unterschieds- und Gemeinsamkeitsbeschreibungen darstellen (vgl. *Dichotomiesatz* Kellys, Kap.2.4).

Zur besseren Durchführbarkeit des Triadenvergleichs werden die Elemente in der Praxis auf Kärtchen geschrieben, gemischt und dann drei zufällig ausgewählte dem Probanden vorgelegt. Auf diese Weise werden so viele Konstrukte gewonnen wie dem Probanden möglich.

Allzu unspezifische, oberflächliche, situative oder rein deskriptive Konstrukte (z.B. groß - klein, Mann - Frau) sollten dabei durch den Anleiter ebenso verhindert werden wie Konstrukte, die sich mit den bereits gefundenen in ihren Bedeutungen zu sehr überschneiden.

Im letzten Teil der GRID-Durchführung wird der Proband aufgefordert, jedes Element bezüglich jedes Konstruktes zu beurteilen. Hierbei werden je nach Ausprägung des jeweiligen Konstruktes Zahlen für jedes Element vergeben (1 bis 3 für den ursprünglichen Konstruktpol, nach Kelly *Initialpol*, und 4 bis 6 für den *Gegensatzpol*; eine gerade Skalierung wird zur Vermeidung von Stimmenthaltung vorgenommen).

In der Psychotherapie wird das ausgefüllte Grid z.B. auf inhaltliche

Komponenten wie Art der Konstrukte oder Beurteilung einzelner Konstrukte oder Elemente (einschließlich des Selbst) hin ausgewertet, aber auch schon das gemeinsame Ausfüllen des Grids mit dem Klienten kann für den Therapeuten aufschlußreich sein.

In der Forschung ist in den letzten Jahren die rechnergestützte Auswertung unverzichtbar geworden. Dabei hat die Deutung der so gewonnenen Distanzen in der Einschätzung von Elementen (z.B. Distanz des selbstkonstruierten Selbstbildes zu anderen Elementen) sowie der Ausdifferenzierung einzelner Konstrukte oder des gesamten Konstruktsystems anhand der Streuung an Bedeutung gewonnen, aber auch die faktorenanalytische Auswertung.

Für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit spielen die *Elementdistanzen* im GRID eine bedeutende Rolle. Distanz ist hierbei definiert als die *Unterschiedlichkeit eines Elementes zu einem anderen* oder zum *erwarteten zufälligen Mittelwert*, beurteilt mittels der persönlichen Konstrukte. Üblicherweise wird mit der *Distanz zwischen 2 Elementen* in einem GRID (*euklidische Distanz*) zur besseren Vergleichbarkeit eine Standardisierung durchgeführt, indem diese Distanz durch die *erwartete zufällige Distanz* nach Slater (1977) des jeweiligen Einzelgrids geteilt wird. Dies macht die Ergebnisse der einzelnen GRIDs miteinander vergleichbar bzw. erlaubt Aussagen über die gesamte Gruppe (Berechnung siehe Kapitel „Statistische Verfahren“)

4.3.1.1 Ausgewählte Untersuchungen mit der Grid-Technik

Catina und Czogalik (1988) entwickelten mittels Grid-Technik einen Ansatz zum Vergleich unterschiedlicher Psychotherapien. Sie untersuchten Veränderungen der Elementeinschätzungen über die Konstruktsysteme im Verlauf von Psychotherapien. Ähnlich der in meiner Arbeit verwendeten Vorgehensweise wurden dabei zur Abschätzung des Therapieerfolges speziell die Elementdistanzen (z.B. Distanz von Idealselbst zu Therapeut) im Patientengrid betrachtet.

Ernst und Spangenberg (zit. n. Scheer & Catina, 1993b) untersuchten

anhand der Grid-Technik eßgestörte Patientinnen und ermittelten dabei beispielsweise die „Harmonisierungstendenz“ mittels der Distanzen der Familienmitglieder. Auf diese Weise wurde versucht, Ansätze zu einer Typologisierung der Patientinnen möglich zu machen.

4.3.1.2 Die Grid-Technik zur Untersuchung persönlicher Beziehungen

Die Technik des GRID eignet sich besonders für die Untersuchung von Beziehungen, so z.B. in der Familien- und Paarforschung bzw. -therapie. Nach Scheer und Catina (1993b) *„könnte dieses Verfahren geradezu für diesen Zweck erfunden worden sein“* (S.72) Um diesen Beziehungen gerecht zu werden, wurden ausgehend von der ursprünglichen Form des GRID verschiedene Modifikationen dieses Verfahrens entwickelt, von denen ich einige im folgenden kurz vorstellen möchte, da auch ich eine solche Modifikation des ursprünglichen GRIDs verwendet habe.

Für die Untersuchung von sehr engen Beziehungen, also z.B. Ehen, steht das Exchange-Grid-Verfahren zur Verfügung (vgl. Thomas, 1979; Mendoza, 1985). Hierbei erstellen die Partner eigene Konstrukte zu gemeinsam gefundenen Elementen. Dann werden die Elemente mit den eigenen Konstrukten und anschließend mit den Konstrukten des Partners bewertet.

In Anlehnung an das Exchange-Grid-Verfahren entwarf Kassner (1996) das Empathie-Grid, bei dem nicht nur die Konstrukte des Partners, sondern auch dessen Elemente dem Probanden zur Einschätzung vorgelegt werden. Durch Vergleich und Auswertung hinsichtlich Übereinstimmung der beiden Partner in der Einschätzung der Beurteilungen soll das einfühlsame Verstehen in einer Partnerschaft (entsprechend der Sozialität bei Kelly) erfaßt werden.

Des weiteren kann die Interaktion in der Beziehung zusätzlich zu den direkten Elementen („ich, wie ich mich selbst sehe“) noch durch Elemente der Meta-Ebene („ich, wie mein Partner mich sieht“) und der Meta-Meta-Ebene („wie mein Partner glaubt, daß ich mich sehe“) usw. dargestellt werden (Childs und Hedges, 1980).

Conners (1983) verwendet das Familien-Grid, welches als Elemente alle Familienmitglieder enthält, die dann mit eigenen Konstrukten von jedem Familienmitglied beurteilt werden. Zusätzlich kann auch „die Familie“ ein Element darstellen, ebenso wie Vorstellungen davon, also z.B. „eine unglückliche Familie“ oder „eine harmonische Familie“ (Zaken-Greenberg und Neimeyer, G. J., 1986).

Auch das von Procter (1978, zit. n. Scheer & Catina, 1993) entworfene Grid zur Untersuchung von Familien läßt zunächst jedes Familienmitglied ein Grid mit individuellen Konstrukten ausfüllen. Aus diesen werden dann 4 Konstrukte ausgewählt, anhand derer jeder einzelne die Familienmitglieder selbst und so, wie die anderen Familienmitglieder nach seiner Vorstellung sich selbst und die übrigen Familienmitglieder beurteilen, bewerten soll. Im *gemeinsamen Familiengrid* schließlich wird aus den einzelnen Grids ein gemeinsames zusammengefügt und (meist rechnergestützt) ausgewertet.

Ryle und Lunghi entwickelten schon 1970 zur Untersuchung von Zweier-Beziehungen die *Dyadentechnik*. Dabei wird nicht eine einzelne Person, sondern das Verhältnis einer Person zu einer anderen als Element eingesetzt. Dabei wird das Verhältnis ganz bewußt unipolar untersucht (z.B. „Arzt zum Patient“), also im Sinne einer Einstellung zur anderen Person. Das entgegengesetzte Verhältnis kann dann in Form eines weiteren Elementes eingeschätzt werden (z.B.: „Patient zum Arzt“).

4.3.1.3 Das Paargrid

In der vorliegenden Untersuchung wurde eine weitere Modifikation für die Untersuchung von Paaren eingesetzt, wie sie z.B. von Gerlach (1988) zur Erfassung von Selbstkonzepten in Familien verwendet wurde (im weiteren von mir Paargrid genannt). Sie soll daher im folgenden genauer dargestellt und ihre Anwendung auf die Fragestellungen begründet werden.

Ausgangspunkt ist wieder das zu Beginn bereits dargestellte individuelle Grid, wie es aus Kellys ursprünglichem Grid hervorgegangen ist. Darauf

aufbauend wird mit beiden Partnern gemeinsam eine offene Anzahl Elemente gewonnen, die für beide Partner eine Bedeutung haben sollten.

Mit der oben bereits beschriebenen Methode des *Triadenvergleichs* werden nun die Konstrukte gewonnen, und zwar mit jedem Partner einzeln und möglichst ohne Beeinflussung durch den anderen oder auch nur dessen Kenntnisnahme von den gewählten Konstrukten. Beide Partner füllen daraufhin getrennt voneinander den GRID mit den gemeinsamen Elementen und den eigenen Konstrukten aus.

In der vorliegenden Arbeit wurde das Paargrid in folgender Variante verwendet:

1. Jeder Partner wurde aufgefordert, noch Elemente, die nur für ihn oder sie relevant sind, zum eigenen GRID hinzuzufügen. Außerdem wurden, soweit noch nicht selbst gewählt, von mir die Elemente

- selbst
- Idealselbst („Ich, wie ich gern wäre“)
- Partner(in)
- Mutter
- Vater

vorgegeben, sowie die 4 Konstruktpaare

- gesund - krank
- beklagt sich oft - beklagt sich selten
- gerne alleine - gerne unter Menschen
- mir nah - mir fern.

Die hier verwendete GRID-Variante verzichtet auf anspruchsvolle Vorgaben wie Meta-Ebenen bei Elementen (z.B. „Ich, wie ich mich selbst sehe“), um die Probanden nicht zu überfordern. Dies erwies sich bei der Durchführung als vernünftig, da vielen Probanden nach eigenen Beobachtungen schon Aussagen über ihr eigenes Idealbild intellektuell schwer fielen.

Auch die Beurteilung der Elemente mit den Konstrukten des Partners (wie z.B. bei Mendoza, 1985) erschien nicht sinnvoll, da die Auswertung der Elemente nicht durch einen Vergleich der Elemente über die *inhaltliche*

Konstruktbewertung erfolgen sollte, sondern über die *Lage* einzelner Elemente (z.B. Partner) im Konstruktsystem.

Um die Verwendung der GRID-Untersuchungen in weiteren, größeren Forschungsprojekten der Abteilung für Psychosomatik zu ermöglichen, wurden zu den frei gewählten Konstrukten zusätzlich noch 4 oben genannte Konstrukte vorgegeben. Da diese erst im Anschluß an die eigenen Konstrukte und deren Verwendung zur Beurteilung der Elemente hinzugefügt wurden, wurde dadurch der Ablauf der sonstigen GRID - Untersuchung nicht weiter beeinflusst. Auch für die Betrachtung der Elementdistanzen, die ja vor allem für die Fragestellung von Interesse sind, stellen Bewertungen mittels zusätzlicher Konstrukte lediglich eine Ausdifferenzierung der Elementpräsentation dar.

Des weiteren wurden einem gemeinsamen Paargrid (beispielsweise in Anlehnung an das Familiengrid bei Conners, 1983) die Erstellung einzelner GRIDs der Partner vorgezogen, da nicht die gesamte Beziehung, sondern die Einstellung der Partner zueinander betrachtet werden sollte.

Für diese Arbeit besonders interessant ist die Studie von Neimeyer und Hudson (ebd., 1985), da auch sie schon die Grid-Technik dazu verwendeten, die partnerschaftliche (in diesem Falle die eheliche) Zufriedenheit zu untersuchen. Sie teilten 20 Paare in 10 eher zufriedene und 10 eher unzufriedene Paare ein. (Die Zufriedenheit wurde über angegebene Änderungswünsche in verschiedenen Bereichen wie Haushalt, Finanzen etc. bestimmt. Es wurde angenommen, daß eine Person um so unzufriedener ist, je mehr Änderungswünsche sie angibt.) Wieder wurden eigene und Konstrukte des Partners verwendet, allerdings sollte diesmal der Proband auch vorhersagen, wie der Partner seine Konstrukte einschätzen würde. Die Autoren fanden heraus, daß zufriedene Paare besser als unzufriedene die wichtigsten Konstrukte des Partners vorhersagen können, diese also „verstanden“ haben.

4.3.1.4 Reliabilität und Validität der Grid-Technik

Entgegen der irreführenden Bezeichnung der Grid-Technik als *Role*

Construct Repertory Test durch Kelly selbst handelt es sich bei der Grid-Technik nicht um ein definiertes, standardisiertes Erhebungsinstrument im klassischen Sinne. Kelly selbst interessierte das Verfahren auch vielmehr als idiographisches denn als statistisches Untersuchungsverfahren.

Dennoch findet Riemann (1991) eine recht hohe Stabilität der Elemente und in etwas geringerem Maße auch der Konstrukte, wenn es hier auch zu einer starken verbalen Bandbreite mit jedoch inhaltlicher Robustheit kommt. Bannister und Mair (1976, zit. nach Lohaus, 1993) geben für die *Re-Test-Reliabilität* als Maß für Konstruktbeziehungen sogar einen Koeffizienten zwischen $r=0,60$ und $r=0,80$ an. Diese Ergebnisse sind jedoch stark von der jeweiligen Versuchsanordnung abhängig.

Zur Abschätzung der *Validität* wurden verschiedene Grid-Studien durchgeführt, in denen die erhobenen Daten mit einem Außenkriterium wie z.B. dem Wahlverhalten (Fransella u. Bannister, 1967, zit. nach Lohaus, 1993), dem Schweregrad einer dementiellen Erkrankung (Lohaus et al., 1990, zit. nach Lohaus, 1993) o.ä. verglichen wurden. Insgesamt geht Lohaus (1993) davon aus, daß sich bei der Grid-Technik „keine gravierenden Validitätsmängel finden lassen, aus denen eine Abwertung gegenüber traditionellen Erhebungsinstrumenten abgeleitet werden könnte“ (S.89).

4.3.2 Der Gießentest

Der Gießentest wurde Anfang der siebziger Jahre von Beckmann, Brähler und Richter auf der Grundlage der psychoanalytischen Theorie entwickelt und findet inzwischen international breite Anwendung. Es handelt sich um einen standardisierten Fragebogen, der vor allem *psychosozial relevante Persönlichkeitsmerkmale* erfassen soll. Ziel ist es, den Probanden ein Selbstbild entwerfen zu lassen, daß sowohl die innere Verfassung (intrapsychisch) als auch die Beziehung zur Umwelt (interpsychisch) subjektiv wiedergibt (vgl. im folgenden auch Beckmann et al., 1991). Er unterscheidet sich dabei von anderen Persönlichkeitstests vor allem dadurch, daß er seinen Schwerpunkt auf die Gewinnung von Informationen

über soziale Einstellungen und Reaktionen legt. Bei der Entwicklung des Gießentests wurde angestrebt, ein objektives und praktisches Instrument mit mittlerer Bandbreite und mittlerer Präzision zu schaffen; außerdem wurde auf psychoanalytische Auswertbarkeit und sinnvolle Anwendbarkeit bei Erwachsenen jeden Alters mit mindestens mittlerer Intelligenz geachtet. Zudem sind die Fragen so konzipiert, daß sie auch zur Fremdeinschätzung benutzt werden können und der Test so z.B. für die Analyse von Beziehungen sinnvoll eingesetzt werden kann.

Um zu erreichen, daß sich der Proband relativ unbefangen zu den Fragen äußert, wird im Gießentest nur indirekt nach psychosozialen Tendenzen und Abwehrformen gefragt. Aus diesem Grunde fragt der Test z.B. häufig nicht nach dem tatsächlichen Verhalten, sondern nach dem Eindruck, den der Proband in seiner Umgebung hervorzurufen glaubt. („ich glaube, man hält mich im allgemeinen...“) Dabei sollen Informationen darüber gewonnen werden, wie sich der Proband in psychoanalytisch relevanten Kategorien darstellt, und zwar insbesondere in Bezug auf sozialpsychologische Dimensionen. Dies führt den Probanden nach Beckmann et al. (1991) dazu, sich auf dem Hintergrund seiner standardmäßigen Rollenbeziehungen zu beschreiben. Da der Test zudem eine große Anzahl sehr zeitinkonstanter Items enthält, spielt auch die situative Rolle, in der sich der Patient befindet, bei der Beantwortung der Fragen eine große Rolle.

Im wesentlichen wird die Antwort des Probanden mit Rücksicht auf drei internalisierte Zensoren gebildet: Über-Ich, Ich-Ideal und Gruppen- bzw. Paarideal.

Der Gießentest läßt bewußt körperliche Symptomatik wie z.B. Müdigkeit etc außer acht und unterscheidet sich damit von anderen Persönlichkeitstests wie dem MMPI. Dies vereinfacht die Anwendung bei organisch kranken Patienten (vgl. auch Cassel 1993).

Die Entwicklung des Gießentests verlief stufenweise ab 1964 und besteht seit 1968 aus 40 Items, hat aber seitdem mehrmals eine sprachliche Umgestaltung erfahren, um möglichst homogen streuende (d.h. gleichbedeutende) und gleichmäßig bipolare Items zu erhalten.

Da der Test zudem auch zur Erfassung von Fremdbildern vorliegt, eignet er sich insbesondere zur Darstellung von Interaktionen in (Paar-)Beziehungen. Der Gießentest umfaßt 40 bipolare Items. Diese werden in eine 7-stufige lineare Ratingskala transformiert, um eine Umrechnung in T-Werte mit $M=50$ und $SD=10$ und damit die bessere Vergleichbarkeit durch Übertragung auf Profilblätter zu ermöglichen.

Items: 3 2 1 0 1 2 3

Skalierung: 1 2 3 4 5 6 7

Bei der Untersuchung von Paaren bietet sich die Möglichkeit der Erstellung eines Profilblattes mit beiden Fremd- und Selbstbildern eines Paares (siehe Anhang). Allein hieraus lassen sich schon verschiedene Paarmodelle erkennen (vgl. auch Brähler & Beckmann 1984)

Mittels Faktorenanalyse ließen sich sechs Standardskalen ermitteln (Beckmann et al., 1991), die sich aus je 6 der 40 einzelnen Fragen zusammensetzen. (Da die Skala *Dominanz* in dieser Arbeit als Instrument zur Überprüfung der H1 verwendet wurde, wurde auf diese Skala bereits im Theorieteil ausführlicher eingegangen.)

1. *Soziale Resonanz*: Die Items dieser Skala sollen die eigene Wirkung auf die Umwelt (z.B. Attraktivität, Beliebtheit, Achtung, Eitelkeit) und somit die wahrgenommene *soziale Rolle* erfassen. Es handelt sich nach Beckmann um Items, die vor allem „die Interaktion mit der Umgebung und deren Resultat“ abbilden sollen (Beckmann et al., 1991, S.39).

2. *Dominanz*: Unter Dominanz werden folgende Items zusammengefaßt: streitlustig, eigensinnig, dominierend, schauspielerisch begabt, unkooperativ, ungeduldig.

Das Gegenteil von Dominanz wird bei Beckmann et al. (1991) *Gefügigkeit* genannt und die Eigenschaften als die typischen komplementären Merkmalsbilder eines autoritären *Rollenverhältnisses* gesehen (vergleiche auch Theorieteil). Die Testautoren fanden bei Patienten mit psychogenen Störungen die Tendenz, sich dominanter auf dieser Skala als der

Durchschnitt darzustellen (Beckmann et al., 1991).

3. *Kontrolle*: Unter dieser Skala werden Eigenschaften abgefragt, die, psychoanalytisch gesehen, die Spannbreite zwischen „Es“ und „Über-Ich“ darstellen sollen. Gefragt wird z.B. nach dem Umgang mit Geld, Ordnungssinn, Wahrheitsliebe und der Fähigkeit zur Ausgelassenheit. Es handelt sich hierbei um eine Skala, die mehr der *intrapsychischen* Persönlichkeit zugeordnet werden kann, da sie keine Items enthält, die nach dem Umgang mit Menschen bzw. der Kommunikation fragen.

4. *Grundstimmung*: Die Grundstimmung des Probanden wird im Gießentest zwischen den Polen *depressiv* und *hypomanisch* dargestellt. Die Items erfragen Aussagen zu Selbstreflektion, Ängstlichkeit, Selbstkritik, Unabhängigkeit, Bedrücktheit und Ausdruck von Ärger .

Psychoanalytisch gesehen geht es bei dieser Skala um den Umgang mit Aggressionen und der Frage, ob diese nach außen (hypomanisch) oder nach innen (depressiv) gerichtet werden. Hierbei ist zu betonen, daß *depressiv* nicht im Sinne der klinischen Diagnose einer pathologischen Depression zu verstehen ist, sondern rein deskriptiv bezüglich des Gemütszustandes, wenn auch als neurotisch depressiv eingeschätzte Patienten erwartungsgemäß hohe Depressivitäts-Werte auf dieser Skala erzielen (Beckmann & Richter, 1972, S.49).

5. *Durchlässigkeit*: Auf dieser Skala mit den Polen „durchlässig“ und „retentiv“ stellen sich nach Beckmann et al.(1991) „fundamentale Qualitäten wie Kontakterleben und Kontaktverhalten“ (S.45) dar. Nach ihrer Interpretation handelt es sich um sehr frühe anale und orale Kategorien bzw. die Ausprägung des Urvertrauens. Die Skala stellt somit erneut *psychosoziale* Merkmale dar. Gefragt wird z.B. nach Aufgeschlossenheit, Liebesbedürfnis und Vertrauensfähigkeit.

6. *Soziale Potenz*: Auch diese Skala bildet *psychosoziale* Persönlichkeitsmerkmale ab. Die Items fragen nach Geselligkeit, Unbefangenheit, Konkurrenzempfinden, Bindungsfähigkeit,

Hingabevermögen und Phantasie. Psychoanalytisch gesehen sollen sie Aussagen über die ödipal-genitale Entwicklungsstufe erlauben.

Zwei zusätzliche Kontrollskalen des Gießentests sollen stereotype Antwortmuster erfassen: *Extremankreuzungen (E)* und *Tendenz zur Mitte (M)*. Die Betonung dieser Skalen sind jeweils für bestimmte Krankheitsbilder typisch, so Extremankreuzungen z.B. für Depressionen und Mitteankreuzungen für Neurosen (Beckmann et al., 1990).

4.3.2.1 Reliabilität und Validität des Gießentests

Sowohl Durchführung als auch Auswertung des Gießentests können als objektiv bezeichnet werden. Die letzte Standardisierung wurde 1989 im westdeutschen Raum unter 2025 Personen im Alter von über 18 Jahren, die in der Auswahl der amtlichen Bevölkerungsstatistik angeglichen wurden, durchgeführt. Bei Auswertung für Personen über 60 Jahre erfolgte eine gesonderte Standardisierung (Beckmann et al., 1991)

Die Test-Retest-Korrelation der Items beträgt $r=0,30$, für das Testprofil $r=0,56$ und für die Standardskalen $r=0,72$ (für die einzelnen Skalen siehe Tabelle 4.4). Diese vor allem für die Items recht geringen Korrelationen werden von den Autoren mit der schon bei der Testkonzeption beabsichtigten Zeitinstabilität begründet, wie sie zu Zwecken der Therapiekontrolle sogar erwünscht sei. Die Standardskalen erfassen nach ihren Schätzungen ca. 50% zeitkonstante, 25% zeitvariable stabile Merkmale und weitere 25% ungeklärte zeitvariable Faktoren (letztere werden unter anderem auf Interaktionen der Probanden mit den Items zurückgeführt).

Die mittlere multiple Korrelation als Maß kann dabei als Maß für die innere Stabilität aufgefaßt werden. Sie beträgt für die einzelnen 40 Items mit jeweils allen übrigen $r=0,52$, woraus sich eine mittlere innere Stabilität für die Standardskalen von 0,86 ergibt (vgl. Beckmann et al., 1991, S.33)

Tabelle 4.4: Test-Retest-Korrelation der Standardskalen

Skala	r
1	0,73
2	0,76
3	0,73
4	0,74
5	0,68
6	0,65

Mittelwertsprofile verschiedener klinisch auffälliger Gruppierungen (z.B. klinisch diagnostizierter Neurotiker) zeigen signifikante Abweichungen von der Standardisierungsstichprobe, was nach Aussagen der Testautoren Hinweise auf die Gültigkeit des Gießentests gibt. Eine faktorielle Validierung im engeren Sinne wurde jedoch nicht angestrebt, um den „ inhaltlichen Kriterien vorzugsweise Rechnung tragen zu können“ (Beckmann et al., 1990, S.13)

4.3.2.2 Geschlechtsabhängigkeit des Gießentests

Etliche Items des Gießentests sind geschlechtsabhängig. So stellen sich Frauen im Gießentest im Vergleich zu Männern als eitler, ängstlicher, fürsorglicher, gefügiger, depressiver, grüblerischer sowie weniger ehrgeizig und flexibel dar (Beckmann et al., 1991, S.28). Des weiteren neigen Frauen zu Extremankreuzungen und Männer zu Mitteankreuzungen.

(Auf den für meine Arbeit insbesondere bedeutsamen geschlechtsabhängigen Unterschied in der Einschätzung der Dominanz und einigen weiteren geschlechtsabhängigen Besonderheiten wurde bereits im Theorieteil näher eingegangen.)

4.4 Statistische Verfahren

4.4.1 Auswertungsverfahren des Gießentests

Zur Auswertung der Gießenteste wurde eine zweifaktorielle *Varianzanalyse* mit Meßwiederholungen auf beiden Faktoren durchgeführt. Hierbei handelt es sich um die beiden 2-stufigen Faktoren *Geschlecht* (Mann - Frau) und *Bildart* (Selbst- oder Fremdbild). Meßwiederholungen stellen zum einen die beiden zu dem gleichen Objekt befragten Partner dar. Jeder Partner wiederum füllte zum anderen zwei gleiche, sich jeweils nur im Objekt unterscheidende Fragebögen aus (Fremdbild/Selbstbild).

In dieser Studie wird also das Paar als voneinander abhängiger Faktor im Sinne von *matched pairs* betrachtet und auch die Gießentestbilder als abhängig von dem jeweiligen Ausfüllenden, d.h. es werden vor allem die Wechselwirkungen untersucht. Alternativ wäre es auch möglich, alle vier Variablen (Mann - Frau - Selbstbild - Fremdbild) als die vier Stufen eines einzigen Faktors zu sehen, dieser einfaktorielle Ansatz würde stärker das Paar als Ganzes betonen.

Die untersuchte abhängige Variable der H1 ist die Skala *Dominanz* des Gießentests (siehe Abbildung); analog kann die Auswertung jedoch auch für jede andere Skala des Gießentests durchgeführt werden.

Abb.4.2: Skala Dominanz

	Selbstbild	Fremdbild
Mann	SB-m	FB-m
Frau	SB-w	FB-w

Die Rohwerte der Skala Dominanz des Gießentests wurden, der Standardisierung von 1990 (Beckmann et al., 1991) entsprechend, anhand der dafür vorgesehenen Tabellen in T-Werte umgewandelt.

Bei der Varianzanalyse brauchte die Sphärizität nicht überprüft zu werden, da beide Faktoren jeweils nur 2-stufig waren.

Überprüft wurden die Haupteffekte sowie die Wechselwirkungen. Prüfgröße war der F-Wert, der sich aus der Treatmentvarianz geteilt durch die Fehlervarianz ergibt. Dieser F-wert wurde auf Signifikanz geprüft ($\alpha = < 0,05$).

Bei signifikantem Haupteffekt wurde der Varianzanalyse eine Überprüfung der jeweiligen Effektstärke angeschlossen. Die Effektstärke gibt die praktische Relevanz des Ergebnisses an, dabei nähert sich die Effektstärke mit steigender praktischer Relevanz dem Wert 1 (vgl. Bortz, 1993, S.119 und S.449):

<i>Klassifikation nach Cohen:</i>	<i>schwacher Effekt:</i>	$\eta^2 = 0,02$
	<i>mittlerer Effekt:</i>	$\eta^2 = 0,15$
	<i>starker Effekt:</i>	$\eta^2 = 0,35$

4.4.2 Auswertungsverfahren der Grid-Untersuchung

4.4.2.1 Vergleich von Elementdistanzen

Die GRID-Auswertung erfolgte, wie oben bereits erwähnt, über die Berechnung von Distanzen zweier Elemente zueinander, der *euklidischen Distanz* (vgl. Bortz, 1999, S.525). Zur Normierung wird diese durch die *erwartete zufällige Distanz* des jeweiligen Einzelgrids geteilt. Diese *erwartete zufällige Distanz* wird nach Slater über folgende Formel berechnet (Slater 1977, S.94):

$$(2 \sum_{n=1-p} (E_q - KM_n)^2 / (n-1))^{0,5}$$

(p =Anzahl der Elemente, E_q = q -tes Element eines Einzelgrids, KM = Mittlerer Wert eines Konstrukts über alle Elemente, n = Anzahl der Konstrukte)

Nach Slater (1977) variieren 99,78% aller Distanzen zwischen 2 Elementen

zwischen 0 und 2. Je kleiner dieser Wert, desto ähnlicher sind sich die 2 Elemente. Ein Wert zwischen 0,8 und 1,2 wird nach Norris und Makhoul (1976, zit. nach Scheer & Catina, 1993b, S.30) als Indifferenzbereich betrachtet, d.h., Elemente einer solchen Distanz sind sich weder ähnlich noch unähnlich.

(Ein übliches, in dieser Arbeit jedoch nicht verwendetes Verfahren ist die sogenannte *Selbst-Identitäts-Graphik*, in der auf der x-Achse die Distanz eines Elementes zum Selbst, auf der Y-Achse die Distanz zum Idealselbst aufgetragen wird. Auf diese Weise soll ermittelt werden, in welcher Position sich der Patient zu den anderen Elementen und zu seinem Idealselbst sieht (vergl. Scheer & Catina, 1993b).)

4.4.2.2 Varianzanalyse des GRID

Analog zur Gießentest-Auswertung wurde auch bei der Grid-Technik eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Meßwiederholungen auf beiden Faktoren durchgeführt, diesmal handelte es sich jedoch um den 3-stufigen Faktor Rollendistanz (Selbst - Idealselbst, Selbst - Partner, Partner-Idealselbst) und den 2-stufigen Faktor Geschlecht (Mann - Frau).

Abb.4.3: Distanzmaße im Grid

	Distanz Selbst-Idealselbst	Distanz Partner - Selbst	Distanz Partner -Idealselbst
Mann			
Frau			

Die Distanzmaße wurden, wie im vorherigen Kapitel erläutert, nach Slater (ebd.,1977, S.94) normiert.

Bei dieser Varianzanalyse kann, im Gegensatz zur Gießentest-Auswertung, Sphärizität nicht per se vorausgesetzt werden, da man bei dem 3-stufigen

Faktor „Distanz“ nicht davon ausgehen kann, daß alle Korrelationen zwischen je 2 der 3 Distanzen identisch sind.

Wir schlossen daher einen Test auf Sphärizität nach Mauchly an, der diese Homogenität der Korrelationen überprüft. Eine signifikant unterschiedliche Korrelation der 3 Distanzen untereinander kann durch eine Korrektur der Freiheitsgrade nach unten annähernd ausgeglichen werden (Korrektur der Freiheitsgrade nach Greenhouse und Geisser, vgl. auch Bortz, 1999, S.342). Analog der Giessentestauswertung wurden die Haupteffekte sowie die Wechselwirkungen überprüft. Prüfgröße war ebenfalls der F-Wert (Treatmentquadratsumme geteilt durch Fehlerquadratsumme). Dieser wurde auf Signifikanz geprüft (Signifikanz ab alpha-Fehler $\leq 0,05$)

Bei signifikantem Haupteffekt wurde der Varianzanalyse eine Überprüfung der jeweiligen Effektstärke angeschlossen (siehe auch Giessentest-Auswertung). Zusätzlich führten wir in diesem Falle einen Post-hoc-Einzelvergleich mit Bonferroni-alpha-Fehler-Adjustierung durch (vgl. Bortz 1999, S.261).

Die statistische Auswertung wurde rechnergestützt mit Hilfe des SPSS 9.0-Programmes vorgenommen.

5 Ergebnisse

5.1 Die Partnerschaftliche Rollenverteilung

5.1.1 Partnerschaftliche Rollenverteilung in der Skala Dominanz des Gießentests

In der H1 wurde die These, daß Frauen in Beziehungen mit Schlafapnoikern die dominierende Rolle übernehmen, über die *Skala Dominanz im Gießentest* operationalisiert. Nachfolgend daher die Ergebnisse der Fremd- und Selbstbilder der Schlafapnoepatienten und ihrer Partnerinnen. (Zu beachten ist, daß in dieser Skala *hohe* T-Werte eine *geringe* Dominanz angeben. Für T-Werte liegt der Mittelwert einer Vergleichspopulation bei 50, die Standardabweichung bei 10 (vgl. Beckmann et al., 1991).)

Ein alleiniger *Haupteffekt Geschlecht* läßt sich in der Skala Dominanz nicht feststellen (nicht signifikant auf dem 0,05-Niveau); das bedeutet, daß die Hypothese 1 verworfen werden muß: Frauen übernehmen in einer Partnerschaft, in der der Mann unter unbehandelter Schlafapnoe leidet, nach Ansicht des Paares selbst *nicht* die dominantere Rolle.

Hochsignifikant ist mit einem alpha-Fehler von 0,003 jedoch der *Haupteffekt Bildart*: Die Partner stimmen in der Tendenz der Beurteilung (Frauen weniger dominant als ihr Partner) überein, beide halten sich selbst aber für deutlich weniger dominant (Selbstbild-Mittelwert = 49,18) als sie von ihrem Partner eingeschätzt (Fremdbild-Mittelwert = 47,28) werden. Die Effektstärke befindet sich hier mit einem η^2 von 0,128 im mittleren Bereich nach Cohen, $F=9,385$, bei 1 Freiheitsgrad und 64 Fehlerfreiheitsgraden.

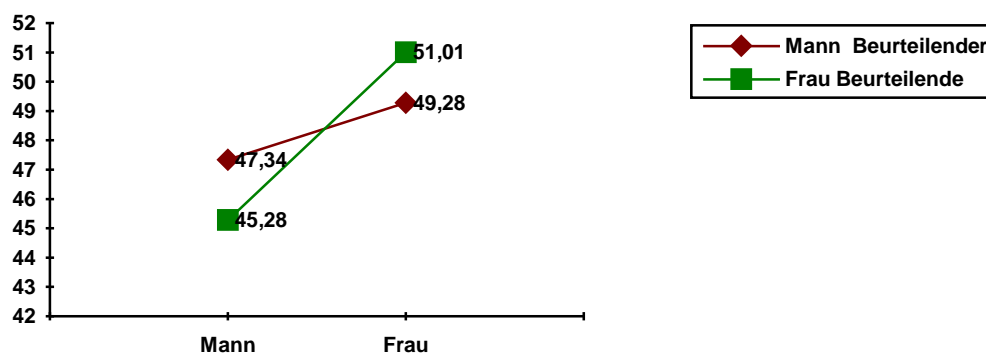
Tabelle 5.1: Mittelwerte von Fremd- und Selbstbildern der Skala Dominanz im Gießentest

	Mittelwert	Standard- abweichung	Anzahl
Selbstbild	49,18	0,76	130
Fremdbild	47,28	0,69	130

Beim Test für Innersubjekteffekte findet sich für die *Wechselwirkungen* zwischen dem Geschlecht und der Bildart ein alpha-Fehler von $p=0,025$, das Ergebnis kann damit als signifikant angesehen werden. Mit einem Eta^2 von 0,076 handelt es sich dabei nach der Klassifikation von Cohen (ebd,1988, zit. nach Bortz, 1999, S.449) um eine schwache bis mittlere Effektstärke bei einem F-Wert von 5,274, einem Treatmentfreiheitsgrads und 64 Fehlerfreiheitsgraden.

Es zeigt sich also ein deutlicher Unterschied in der Einschätzung der Dominanz der Partner. Doch entgegen der H1 nehmen die Männer sich selbst ($T=47,34$) als dominant wahr und werden auch von ihren Partnerinnen ($T=45,28$) (mittlerer T-Wert 46,31) als dominant wahrgenommen. Demgegenüber halten beide Partner die Frau für sehr viel weniger dominant (im Selbstbild $T=51,01$; bei der Beurteilung durch den Partner $T=49,28$, mittlerer T-Wert 50,15). Anders ausgedrückt hält sich der Mann selbst für nur wenig dominanter als seine Frau, während die Frau ihn nur für viel dominanter hält als sich selbst.

Abb 5.1: Graphische Darstellung der Dominanzskalamittelwerte im Gießentest



5.1.2 Explorative Zusatzuntersuchung zur partnerschaftlichen Rollenverteilung

Aufgrund der oben genannten Ergebnisse erschien es sinnvoll, auch andere Skalen des Gießentests bezüglich spezifischer Geschlechtsunterschiede bei einer Schlafapnoe-Erkrankung des Mannes explorativ zu erkunden. Um diesem Vorgehen statistisch gerecht zu werden, wurde für signifikante Ergebnisse ein entsprechend niedrigerer alpha-Fehler verlangt. Da zu der bestehenden H1 noch 2 Zusatzauswertungen durchgeführt wurden, wurde das für diese Ergebnisse verlangte Signifikanz-Niveau gedrittelt ($0,05:3 = 0,0167$).

5.1.2.1 Skala Depression

In der Skala Depression des Gießentests wird die Frau von beiden Befragten - sich selbst und dem Partner - für depressiver gehalten als der Mann, wobei beide hier die Tendenz zeigen, den anderen für depressiver zu halten, als dieser es selbst tut.

Allerdings ist dieses Ergebnis weder allein geschlechtsabhängig noch bildabhängig signifikant, lediglich die Wechselwirkungen sind mit einem alpha-Fehler von 0,012 signifikant auf dem 0,0167-Niveau: Der Mann hält seine Frau für sehr viel depressiver (55,92) als sich selbst (51,18), während seine Frau sich nur für wenig depressiver (54,71) als ihren Mann (52,59) hält (T-Werte in Klammern, siehe auch nachfolgende Graphik). (Höhere Werte zeigen in dieser Skala eine depressive Grundstimmung an, niedrigere eine „hypomanische“. Der standardisierte Mittelwert liegt, da es sich um T-Werte handelt, bei 50.)

Die Effektstärke ist mit einem η^2 von 0,094 dabei schwach bis mittelhoch nach der Klassifikation von Cohen (ebd., 1988, zit. nach Bortz, 1999, S.449); der F-Wert beträgt 6,658 bei 1 Freiheitsgrad und 64 Fehlerfreiheitsgraden.

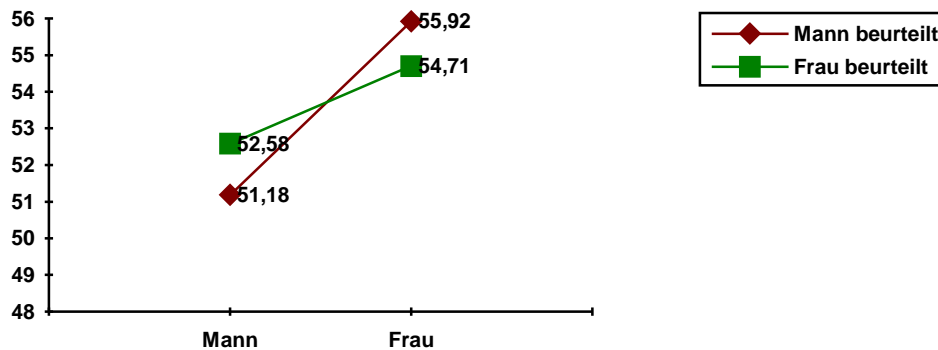


Abb 5.2: Graphische Darstellung der Grundstimmungsskalamittelwerte im Gießentest

5.1.2.2 Skala Soziale Resonanz

Auch in der Skala *Soziale Resonanz* zeigten sich bezüglich der Bildart und den Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Bildart signifikante Ergebnisse (auch hier verlangten wir analog zur ersten Zusatzauswertung eine Signifikanz auf dem 0,0167-Niveau):

Zum einen gibt es einen deutlichen *Haupteffekt Bildart*: beide Befragten beurteilten ihren Partner als sozial resonanter (Fremdbild-Mittelwert: 53,22) als *dieser sich selbst* (Selbstbild-Mittelwert: 49,23), mit einer hohen Effektstärke von 0,307 und einem ebenfalls hohen F-Wert von 28,341 (1 Freiheitsgrad, 64 Fehlerfreiheitsgrade). Dieses Ergebnis ist mit einem alpha-Fehler < 0,000 hochsignifikant.

Tabelle 5.3: Mittelwerte von Fremd- und Selbstbildern der Skala Soziale Resonanz im Gießentest

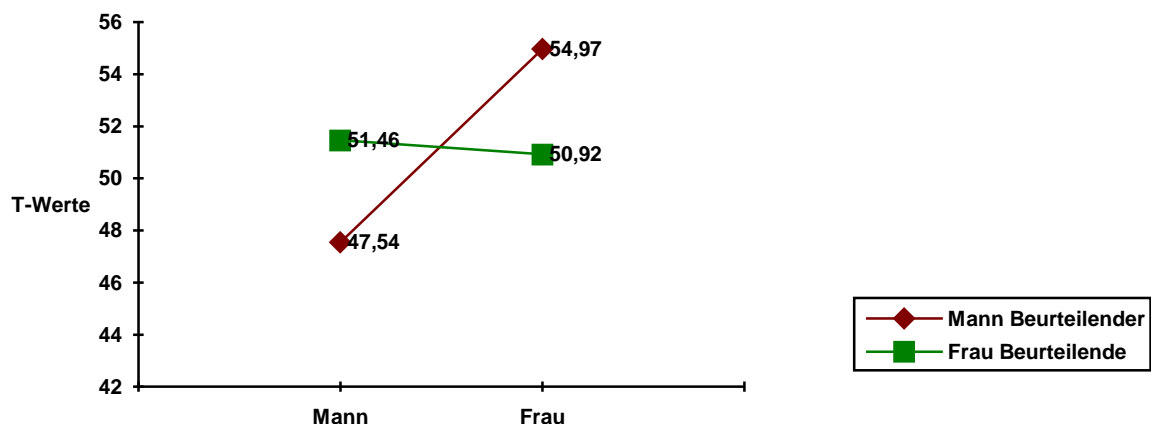
	Mittelwert	Standard- abweichung	Anzahl
Selbstbild	49,23	0,97	130
Fremdbild	53,22	0,96	130

Ein Haupteffekt Geschlecht läßt sich jedoch nicht feststellen. Allerdings zeigt sich bei der Betrachtung der Wechselwirkungen, daß der Mann seine Partnerin sehr viel sozial resonanter (45,97) einschätzt als sich selbst (47,54), während die Frau ihren Mann für nur wenig sozial resonanter

(51,54) hält als sich selbst (50,92). (Siehe auch nachfolgende Graphik; Hohe T-Werte bedeuten eine hohe angenommene Soziale Resonanz).

Mit einem alpha-Fehler von 0,001 für die Wechselwirkungen ist dieses Ergebnis damit ebenfalls hochsignifikant. Auch die praktische Relevanz, repräsentiert durch ein η^2 von 0,156, ist hierfür mittel bis hoch nach Cohen (ebd., 1988, zit. nach Bortz, 1999, S.449, für Richtwerte vgl. auch Methodenteil); der F-Wert beträgt 11,815 bei 1 Freiheitsgrad und 64 Fehlerfreiheitsgraden.

Abb 5.3: Graphische Darstellung der Mittelwerte der Skala Soziale Resonanz im Gießentest



5.2 Zufriedenheit der Frau mit dem Partner

Die Zufriedenheit der Frau mit ihrem Partner wurde nach der H2 über einen Vergleich zwischen der Idealselbst-Selbst-Distanz und der Idealselbst-Partner-Distanz im GRID der Frau operationalisiert.

Auch bei der GRID-Auswertung wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Meßwiederholung auf beiden Faktoren durchgeführt, wobei es sich in diesem Fall um einen zweistufigen (Geschlecht) und einen dreistufigen Faktor (jeweilige Distanz zwischen Selbstbild, Idealselbstbild und Partnerbild im GRID) handelt. Es mußte daher zunächst auf Sphärizität geprüft werden. Da diese Überprüfung für den Faktor Distanz ein signifikantes Ergebnis erbrachte, wurde eine Korrektur der Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser vorgenommen (vgl. auch *Statistische Verfahren* im Kapitel Methodenteil).

Beim Test für Innersubjekteffekte fand sich ein signifikanter *Haupteffekt* des Faktors Distanzen ($\alpha=0,043$). Bei einem F von 4,054 und auf 1,362 korrigierten Freiheitsgraden bzw. auf 25,875 korrigierten Fehlerfreiheitsgraden betrug die Effektstärke 0,176, was nach Cohen (ebd., 1988, zit. nach Bortz, 1999, S.449; vgl. Kap.4.4) eine mittelstarke praktische Relevanz bedeutet. Das heißt, daß - unabhängig vom Geschlecht - grundsätzlich eine Differenz in den 3 Distanzen zwischen den Bildern vom Selbst, vom Idealselbst und vom Partner besteht, wobei Patient und Partnerin ihrem eigenen Idealselbst jeweils am nächsten stehen, dann dem Partner nahe stehen und die größte Differenz zwischen dem eigenen Idealselbst und ihrem Partner sehen.

Tabelle 5.4: Distanzen, geschlechtsunabhängig

GRID-Distanzen	Mittelwert	Standardfehler
S-IS	0,728	0,045
S-P	0,810	0,069
P-IS	0,887	0,059

(S-IS=Distanz Selbst-Idealselbst, P-IS=Distanz Partner-Idealselbst)

Ein entsprechender vom Faktor Distanz unabhängiger *Haupteffekt Geschlecht* fand sich jedoch nicht in signifikanter Form; d.h., ohne Differenzierung in die drei verschiedenen Distanzen gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Für die Beantwortung der Fragestellung zur H2 interessierten jedoch vor allem die *Wechselwirkungen von Geschlechtern und Distanzen* (zwischen den 3 betrachteten Rollen Selbst, Idealselbst und Partnerbild). Hier zeigte sich tatsächlich eine Differenz, die mit einem α von 0,025 signifikant auf dem 5%-Niveau ist. Dieser Effekt ist für die Interaktion zwischen Distanzen und Geschlecht mittel bis stark ($\eta^2=0,207$) nach der Klassifikation von Cohen (ebd., 1988, zit. nach Bortz, 1999, S.449), mit einem $F=4,949$ und nach Greenhouse-Geisser korrigierten 1,39 Treatmentfreiheitsgraden und 26,44 Fehlerfreiheitsgraden.

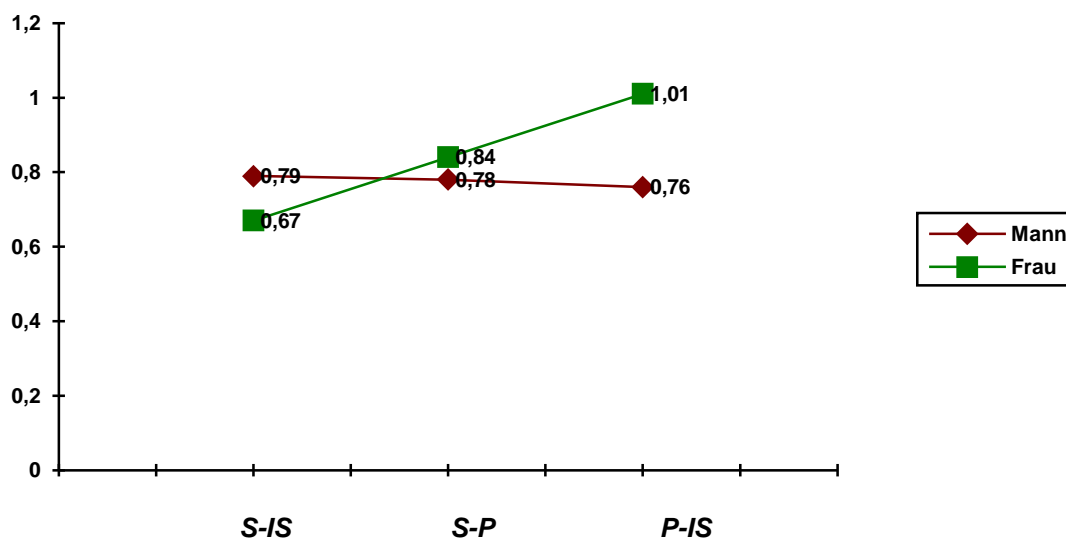
Da es bei der H2 um den Unterschied zwischen den Distanzen Selbst-

Idealselbst und Partnerbild-Idealselbst ging, führten wir hierfür einen paarweisen Vergleich durch (vgl. Bortz, 1994, S.135ff), bei dem sich tatsächlich eine signifikante Differenz zwischen den beiden Distanzen fand (für den alpha-Fehler wurde zuvor eine Bonferroni-Korrektur durchgeführt (vgl. Bortz 1999, S.261)). Danach zeigte sich folgendes Ergebnis:

Frauen zeigen eine sehr viel größere Distanz zwischen Partnerbild und Idealselbst (Mittelwert=0,67) als zwischen Selbstbild und Idealselbst (Mittelwert=1,01). Bei ihren Partnern ist dies nicht der Fall (Selbst-Idealselbst-Distanz-MW = 0,79, Partner-Idealselbst-Distanz-MW= 0,76).

Dieses Ergebnis ist mit einem alpha-Fehler von 0,017 signifikant auf dem angepassten alpha-Fehler-Niveau (s.o.), mit einen Standardfehler von 0,051. Da bei der Normierung der Distanzen der Mittelwert 1 und die Standardabweichung 0,2 ist, beträgt der gefundene Distanz-Unterschied (0,34) bei den Frauen über anderthalb (1,7) Standardabweichungen.

Abb.5.4: Graphische Darstellung der geschlechtsabhängigen Distanzen im GRID



S-IS = Distanz Selbst-Idealselbst, **S-P** = Distanz Selbst-Partnerbild, **P-IS** = Distanz Partner-Idealselbst

Die These, daß die Frau mit dem Partner weniger zufrieden ist als mit sich

selbst, operationalisiert gemäß H2 über den Vergleich der Distanzen Selbst-Idealselbst und Partner-Idealselbst im GRID der Frau, hat sich damit bestätigt. Die Distanz zwischen Idealelbst und Partnerbild selbst befindet sich mit 1,01 jedoch im Indifferenzbereich (0,8-1,2) (Erläuterungen hierzu im Diskussionsenteil.)

6 Diskussion

6.1.1 Partnerschaftliche Dominanz

Die Hypothese einer dominanten Rolle der Frau in Schlafapnoe-Partnerschaften ließ sich durch die vorliegende Untersuchung nicht stützen. Vielmehr sprechen die Befunde dafür, daß auch in diesen Partnerschaften, ähnlich wie in Durchschnittsehen (vgl. repräsentative Ehepaarerhebung, Brähler & Beckmann, 1984), der Mann die dominante Rolle innehält. Dieses Ergebnis weist geradezu in die gegenteilige Richtung der ursprünglichen Annahme: Zum wurde eine veränderte Rollenverteilung von etlichen Mitarbeitern des schlafmedizinischen Labors über einen längeren Zeitraum beobachtet, und zum anderen finden sich dafür auch in der Literatur Hinweise. Nachfolgend sollen daher mögliche Ursachen für diese Diskrepanz erörtert werden.

Einerseits besteht die Möglichkeit, daß die Beobachtung einer Dominanz der Frauen gar nicht *grundsätzlich* im (viele, auch passagere Mitarbeiter umfassenden) Schlaflabor Marburg gemacht wurde, sondern nur von einigen Mitarbeitern des Marburger Schlaflabors einschließlich der Autorin selbst. Eine repräsentative Umfrage diesbezüglich liegt nicht vor. (Weitere Ausführungen dazu siehe unten im Kapitel Verbesserungsvorschläge).

Eine andere Möglichkeit besteht in einer *Mißdeutung* der beobachteten Verhaltensweisen durch die Mitarbeiter: Das im Theorieteil beschriebene beobachtete Verhalten der Partnerin (Übernahme des Vorstellungsgesprächs, Wortergreifen, ungeduldiges Drängen auf Behandlung etc.) mag ganz anderen Ursachen entspringen, z.B.

- der *Tagesmüdigkeit* des Patienten, die die Partnerin im Vergleich zu ihrem Mann dominant erscheinen läßt.
- ihrem *eigenen Interesse* an einer baldigen Behandlung aufgrund der speziell bei dieser Erkrankung stark ausgeprägten Auswirkungen auch auf die Partnerin

- der schlichten *Sorge* der Frau um ihren Partner (letzteres ließe dann jedoch ähnliche Beobachtungen auch bei anderen Erkrankungen erwarten).

Analoge Ergebnisse bezüglich ärztlicher Mißdeutung von Verhaltensweisen bei Schlafapnoikern finden sich auch bei Cassel et al. (1993) über die Depressivität (siehe Kapitel Stand der Literatur). In diesem Zusammenhang könnte auch die *Beziehung zwischen Arzt und Angehörigem* von Bedeutung sein: Einige der genannten Zeichen einer vermeintlichen Dominanz gegenüber dem Patienten (Wortergreifen etc.) von Seiten der Frau verlangen dem Arzt/Ärztin ein nicht unerhebliches Maß an Geduld, Aufmerksamkeit und „Mehraufwand“ im ärztlichen Gespräch ab. Eine Übertragung bzw. eine Identifikation mit dem Patienten könnten zu einer falschen Deutung der partnerschaftlichen Beziehung führen.

In der *Literatur* finden sich zum Thema Rollenverteilung und Schlafapnoe wie oben bereits beschrieben keine direkten Untersuchungen, allerdings weisen etliche Untersuchungen bei anderen Erkrankungen (Herzinfarkt, rheumatoide Arthritis) auf eine veränderte Rollenverteilung hin (siehe Kapitel „Stand der Literatur“).

Jedoch finden sich bereits in der Herzinfarktstudie von Beckmann (1994, siehe Kapitel „Stand der Literatur“) analoge Ergebnisse zu denen dieser Arbeit, da auch dort Frauen nicht die dominante Rolle übernehmen, sondern sich in projektiver Identifikation dem kranken Partner angleichen. Auch Kickbusch (1981, siehe Kap.2) sieht den Konflikt zwischen der erzwungenen Übernahme männlicher, dominanter Funktionen einerseits und der damit einhergehenden, ungewollten zusätzlichen Schwächung der männlichen Position andererseits, in dem die Frau eines kranken Partners steht und der sie an der automatischen Übernahme der dominanten Rolle hindert. Diese Ansicht harmoniert mit den Ansichten Wills (1990,1991, siehe Kap 2), der eine Tendenz zu „typisch“ weiblichem (gefügigem) und männlichem (dominantem) Verhalten in Situationen, in der sich die Partner als Paar erleben (wie der vorliegenden

Arbeit), antizipiert, und damit einen weiteren möglichen Grund dafür liefert, warum sich die Hypothese über die Dominanz der Frau nicht bestätigen ließ.

Revenson (1994, siehe Kap.2) weist ebenfalls auf einen Konflikt hin, der das Ergebnis dieser Arbeit stützt, indem er den Rollenkonflikt zwischen den eigenen Bedürfnissen (Beistand/Hilfe als Mitbetroffene) und denen des Partners (Erwartung fürsorglicher Unterstützung) beschreibt. Auch hier ließe sich eine Erklärung für die nicht vollzogene Rollenverschiebung finden.

Diese Theorien unterstützt Rose (1996), indem er in Untersuchungen nach Herzinfarkten eine relative „Rollenpersistenz“ in Partnerschaften feststellt, wobei sich die „Langzeitrolle“ (Verantwortung im häuslichen Bereich bei der Frau) in seiner Studie auf die Dauer viel bestimmender zeigte als diejenige, die sich zunächst aus der Erkrankung ergeben hatte (siehe auch Kap.2). Übertragen auf die in der vorliegenden Studie gefundenen Ergebnisse hätte man zunächst eine kurzzeitige Übernahme der dominanten Rolle durch die Frau erwartet, die dann aber schnell wieder durch die vorherige Rollenverteilung (Dominanz des Partners) ersetzt worden wäre. Über die Dauer der Schlafapnoe sind hier jedoch keine Daten erhoben worden; auch die im Symptombewertungsbogen des Schlaflabors erhobenen Angaben wie Dauer des Schnarchens, der Tagesmüdigkeit etc. geben dazu nur sehr bedingte Hinweise. Zudem ist die Frage, ob sich die Ergebnisse einer Herzinfarktstudie gerade in dieser Beziehung auf die Schlafapnoe übertragen lassen, da es hier ja klinisch keinen klar definierten Beginn der Erkrankung (bzw. der Beschwerden) gibt, sondern vielmehr einen langsamen Übergang von „Bagatellsymptomen“ (Schnarchen) zu gravierenden Beschwerden. Trotzdem ist die Theorie einer „Langzeitrollenpersistenz“ ein wichtiger Erklärungsansatz für das Ergebnis der vorliegenden Studie, auf den daher im Kapitel *Interpretationen* noch näher eingegangen wird.

Auch auf Schwächen in der hier verwendeten Methodik weist die vorliegende Literatur hin.

Dafür soll noch einmal kurz auf die Begriffsbestimmung „Dominanz“ eingegangen werden. Bereits Watzlawick (1996) und auch Willi (1991) gehen auf die Nachteile der Bezeichnung „Dominanz“ ein (siehe Kap.2), da sie impliziert, daß es einen beziehungsbestimmenden Partner gibt. Es stellt sich also die Frage, ob ein eher negativ belegter und gleichzeitig im allgemeinen Verständnis nicht eindeutig definierter Begriff nicht schwierig mittels eines sehr direkten Testverfahrens wie dem Giessentest abzufragen ist (mit Items wie eigensinnig, gern dominierend (!), unkooperativ). Es muß daher auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, daß einem außenstehenden Betrachter (z.B. dem Arzt/Ärztin) die Partnerin des Patienten durchaus dominant erscheint, beide Partner dies jedoch anders sehen wollen, z.B. weil Dominanz sozial nicht erwünscht ist: Gerade weil eine dominante Ehefrau nicht in das klassische Rollenbild passen würde, könnte es beiden Partnern schwer fallen, eine „Abweichung von der Norm“ vor sich selbst und anderen zuzugeben. Dieses grundsätzliche Problem des Gießentests, eher Züge des allgemein Erwünschten abzubilden, wird schon in der Interpretation der Eichstichprobenwerte des Gießentests beschrieben (vgl. Beckmann et al., 1991, S.23).

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß das vorliegende Ergebnis durchaus mit etlichen Hinweisen aus der Literatur im Einklang steht. Da die Beobachtungen von Schlaflabormitarbeitern, wie weiter oben besprochen, zuvor nicht validiert wurden, sprechen auch diese weniger gegen die Ergebnisse als gegen die gemachten Beobachtungen

6.1.2 *Explorative Zusatzuntersuchungen im Gießentest*

Die explorative Zusatzuntersuchung bezüglich anderer Skalen im Gießentest (siehe Kapitel 5.1.1) sollte Hintergründe zu den Ergebnissen über Rollenverteilung der Dominanz liefern.

Es fanden sich hier signifikante Ergebnisse in den Skalen *Grundstimmung* und

Soziale Resonanz. Anders als bei den Haupthypothesen werden die Ergebnisse der Zusatzauswertungen nachfolgend sowohl diskutiert als auch schon interpretiert, d.h. es findet sich hier bereits eine eigene Wertung der Ergebnisse.

6.1.2.1 Schlafapnoe und Depression

Dabei zeigte sich in der Skala Grundstimmung (mit den Polen depressiv - hypomanisch), daß sowohl der Patient als auch seine Partnerin die Frau deutlich depressiver einschätzen als den Mann. Dies widerspricht früheren Annahmen über eine depressive Grundstimmung des Mannes, wie sie sich bei Beutler et al. (1981), Kales et al.(1985) und Millman et al. (1989) (siehe auch Kap.2) finden. Es bestätigt jedoch erneut die Ergebnisse Cassels (1993, siehe ebenfalls Kap.2). Auch die Untersuchungen anderer (Lee (1993), Pillar et Lavie (1998)) stimmen mit hiermit überein. Das vorliegende Ergebnis deutet also erneut auf eine weitgehende Übereinstimmung der Persönlichkeit eines Schlafapnoikers mit der Normalbevölkerung hin, in der (nach einer Eichstichprobe von Paaren durch Brähler und Beckmann, 1984, siehe Kap.2) Frauen eine depressivere Grundstimmung aufweisen als Männer.

Gleichzeitig muß die depressive Grundstimmung der Frau in Beziehung zu ihrer Unzufriedenheit gesetzt werden. Beides zusammen kann als Ausdruck der Belastung gesehen werden, der die Frau durch die Krankheit ihres Mannes ausgesetzt ist.

6.1.2.2 Schlafapnoe und Soziale Resonanz

Hier findet sich eine scheinbar ausgewogene, auf Gegenseitigkeit basierende Einschätzung: Beide Partner halten ihren Partner für sozial resonanter als sich selbst. Damit entsprechen sie erneut durchschnittlichen Ehen (vgl. repräsentative Ehepaarerhebung, Brähler & Beckmann, 1984). Allerdings sieht man auch hier wieder eine gewisse Polarisierung: Bei der Auswertung der

Wechselwirkungen zeigt sich, daß die Frau ihren Partner nur minimal sozial resonanter einschätzt, während dieser ihr eine sehr viel höhere Resonanz als sich selbst einräumt. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Items erscheint jedoch hier nicht verwunderlich, daß die Frau insgesamt höhere Werte auf dieser Skala erzielt, da eher Rollenverhalten erfragt wird, das klassischerweise dem weiblichen Geschlecht zugesprochen wird (wie z.B. die Frage, wieviel Wert auf das eigene schöne Aussehen gelegt wird und nach dem Bedürfnis, sich beliebt zu machen).

6.1.3 Zufriedenheit der Frau

Anders als die erste Hypothese wurde die Hypothese 2 signifikant bestätigt: Es besteht bei der Frau ein großer Unterschied zwischen der Zufriedenheit mit sich selbst und der mit ihrem Partner. Dies wurde über die Distanz von ihrem Selbstbild zu ihrem Selbstideal operationalisiert, welche sehr viel geringer ist als die Distanz zwischen Partnerbild und Selbstideal. Zwar befindet sich letztere mit einem Wert von 1,01 im Indifferenzbereich (nach Norris und Makhoul, zum Vergleich von Elementdistanzen siehe auch Kap. 4.4.2.1), so daß per se nicht von einer Unzufriedenheit der Frau mit ihrem Partner ausgegangen werden kann. Die große Unterschiedlichkeit (1,7 Standardabweichungen), mit der sie sich selbst und ihren Partner jeweils im Vergleich zu ihrem Selbstideal sieht, läßt jedoch indirekt Rückschlüsse darauf zu, daß sie mit ihrem Partner sehr viel weniger zufrieden ist als mit sich selbst.

Das Ergebnis kann nach den Theorien Willis (1975, siehe Kap.2) auf dem Hintergrund einer Störung der Gleichgewichtsbalance zwischen den Partnern gedeutet werden. Aufgrund der negativen Auswirkungen der Schlafapnoe für beide Partner (Tagesmüdigkeit, Impotenz) findet eine Entwertung des Partners statt. Insbesondere vor Diagnosestellung fehlt jedoch die Wiederaufwertung durch die Rolle als Kranker, so daß eine Festschreibung der regressiven Rolle stattfindet, die nach Willis zu Stillstand und Spannungen in der Beziehung führt. Auch Buunk (1996, s.Kap.2) liefert eine Erklärung für das Ergebnis, indem er im Sinne der Equity-Theorie (Walster et al. 1978) davon ausgeht, daß derjenige,

der mehr in die Beziehung investiert als empfängt (in diesem Falle die Frau), unzufrieden mit der Beziehung ist. Allerdings hätten Untersuchungen zu dieser Theorie auch vermuten lassen, daß auch der andere Partner (hier der Mann) unzufrieden in der Beziehung ist, wofür sich in der vorliegenden Untersuchung keine Hinweise ergaben. Dem Mann scheint die Belastung der Beziehung durch seine Erkrankung nicht so sehr bewußt zu sein, es hat zumindest kaum meßbare Auswirkungen auf seine eigene ehelichen Zufriedenheit. Auch hier findet sich eine Übereinstimmung mit durchschnittlichen Ehen, in denen ebenfalls die Frau sehr viel unzufriedener mit ihrem Mann und der Beziehung ist als ihr Partner (Fowers, 1991, s.Kap.2) Es könnte aber in diesem Falle auch eine Form des Selbstschutzes darstellen, da der erkrankte Patient, als Verursacher des Ungleichgewichtes in der Beziehung, mit dem Eingeständnis seiner Unzufriedenheit auch sich selbst anklagen würde.

Auch mit anderen im Kap.2 vorgestellten Studien stimmt das vorliegende Ergebnis überein, so mit Bradys Untersuchungen (1997) über die Unzufriedenheit von Partnerinnen nach Herzinfarkt des Ehemannes - allerdings widerspricht es damit den Untersuchungen von Meddin und Brelje (1983, s.Kap.2) über positive Auswirkungen eines Herzinfarktes auf die Beziehung.

Insbesondere aber mit Untersuchungen zur partnerschaftlichen Zufriedenheit bei Schlafapnoe decken sich die vorliegenden Ergebnisse, wie sie von Gall et. al. (1993) über familiäre Probleme von Schlafapnoepatienten sowie von Cartwright und Knight (1987) über die eheliche Zufriedenheit der Ehefrauen berichtet werden (siehe Kap.2). Trotz einer völlig anderen Methodik - einem standardisierten Fragebogen (MSI) anstatt eines komplexen, personenzentrierten Interviews (wie dem GRID) - kam letztgenannte Studie Weise zu den ähnlichen Ergebnissen, nämlich einer geringen ehelichen Zufriedenheit der Frauen mit ihrem an Schlafapnoe erkrankten Partner (siehe auch Kap.2).

7 Interpretation

7.1 Auseinandersetzung mit den Ergebnissen

Im folgenden soll auf dem Hintergrund des zuvor Referierten eine persönliche Wertung und Gewichtung der Ergebnisse der beiden Haupthypothesen dieser Arbeit erfolgen.

7.1.1 Rollenverteilung bei Schlafapnoe

Eine wesentliche Erklärung für die Nichtbestätigung der ersten Hypothese scheint mir darin zu liegen, daß die Fixierung auf die klassische Rolle in der Stichprobe dieser Studie stärker ist als angenommen. Diese Rollenfixierung läßt sich zum einen durch das *Alter* der Studienteilnehmer erklären: Mit einem durchschnittlichen Alter von 51,6 (Männer) bzw. 48,7 (Frauen) gehört die Stichprobe zur mittleren bis älteren Generation und tendieren damit noch zum „klassischen“ Rollenverhalten (vgl. auch die Studie von Hartenstein et al. (1988) im Theorieteil, mit ihrem Hinweis auf die Entwicklung hin zu eher gleichberechtigten Beziehungen im Verlauf der letzten Jahrzehnte in der Bundesrepublik).

Da zum anderen die Schlafapnoe typischerweise in der zweiten Lebenshälfte auftritt, wenn die meisten Beziehungen bereits länger bestehen, kommt sie für die Beeinflussung der primären Beziehungsrollen quasi „zu spät“. Diese Immanenz der primären Geschlechterrolle (*Langzeitrollenpersistenz*) ist meiner Meinung nach einer der Hauptgründe dafür, daß keine Rollenumkehr stattfindet. Leider wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht die genaue Dauer der Beziehung erfaßt (Einschlußkriterium lediglich: Beziehungsdauer mindestens 5 Jahre).

Einen weiteren Grund für die Nichtbestätigung der ersten Hypothese sehe ich in einer *Mißdeutung* der von den Schlaflabormitarbeitern gemachten

Beobachtungen: Die Tatsache, daß bei den Patienten eine permanente Müdigkeit und Konzentrationsschwäche besteht, läßt die Partnerin im Vergleich dazu dominant erscheinen. Die psychophysiologischen Auswirkungen der Schlafapnoe scheinen jedoch keine weiterreichenden Auswirkungen auf die Rollenverteilung zu haben; d.h. trotz Tagesmüdigkeit, trotz Konzentrationsschwäche und genereller Minderung des Leistungsvermögens ist der Mann noch immer der entscheidungsstärkere, eigensinnigere, unkooperativere Partner. (Auch die Schlafapnoe des Mannes könnte in diesem Zusammenhang als eine weitere Form zu gesehen werden, die Partnerin zu dominieren und sie indirekt zu steuern.)

Nicht zu vernachlässigen ist m.E. die Tatsache, daß zum Zeitpunkt der Dominanzuntersuchung die Diagnose noch nicht gestellt war. Auch wenn durch die Überweisung in eine Fachabteilung durch den Hausarzt eine Rollenfestschreibung als Kranker schon begonnen haben mag, kann aufgrund des Ausstehens der Diagnose davon ausgegangen werden, daß die klassischen Veränderungen durch sekundären Krankheitsgewinn etc. noch nicht voll ausgeprägt waren. Das bedeutet: Bisher hat der Patient noch keine Entlastung durch die Erklärung seiner Symptome als Folgen einer Schlafapnoe (also einer „richtigen“ Krankheit). Bisher müssen er und seine Umwelt noch davon ausgehen, daß es sich um persönliche Schwächen (Faulheit, Unzuverlässigkeit etc.) handelt, d.h. er mag eher bemüht darum sein, diese auszugleichen und zu überspielen anstatt seine klassische männlichen Rolle gegen die Krankenrolle zu tauschen. Daß heutzutage fast zeitgleich mit der Diagnosestellung der Schlafapnoe eine effiziente Therapie eingeleitet wird, ist also auch in diesem Zusammenhang von Vorteil.

7.1.2 Zufriedenheit der Frau in der Partnerschaft

Als Ursache für die große Differenz zwischen der Zufriedenheit der Frau mit sich selbst und mit ihrem Partner kommen viele der *Begleiterscheinungen* der

Schlafapnoe in Frage; angefangen bei der verminderten Verfügbarkeit des Partners durch seine Tagesmüdigkeit über das störende Schnarchgeräusch mit unruhigem Schlaf bis hin zu möglichem Libidoverlust bzw. einer Impotenz des Schlafapnoikers. Auch die sekundären Auswirkungen der Krankheit wie Schwierigkeiten im Berufsleben und Angst vor Unfällen des Partners (und damit einer Unzuverlässigkeit) können hier eine Rolle spielen.

Die geringer mit dem Mann als mit sich selbst bestehende Zufriedenheit ließe sich in diesem Zusammenhang noch weiter aufsplitten, wie in *sexuelle Unzufriedenheit*, *Ärger* über berufliche Schwierigkeiten (mit beginnender *Existenzangst*), *Frustration* aufgrund der Störung des eigenen Schlafes durch das Schnarchen des Partners. Letzteres wird nach meinen Erfahrungen in ärztlichen Gesprächen oft vom Patienten betont, verbunden mit dem Ausdruck der Sorge von Seiten der Frau über die Atemaussetzer zwischendurch.

Wie bei anderen chronischen Erkrankungen auch ist hier ebenfalls eine multifaktorielle Genese (analog zu Kwentus et al. (1985), siehe Kap.2) auf der Grundlage all der genannten Symptome zu vermuten. Dies wird gestützt durch Untersuchungen von Revenson & Majerovitz (1990, 1994, s.Kap.2) zur rheumatoiden Polyarthrititis, bei der ebenfalls nicht die Diagnose selbst, sondern die einzelnen Auswirkungen (Schmerzen, Abnahme der (sexuellen) Leistungsfähigkeit etc.) mit der wahrgenommenen Belastung des Partners/Partnerin des Patienten korrelierte.

Auch der Mann mag eventuell eine Belastung der Beziehung wahrnehmen, doch wird er die Schuld nicht bei der Partnerin sondern bei sich suchen. Daß er also nicht unzufrieden mit der Partnerin ist, ist daher nicht weiter verwunderlich; erstaunlicherweise scheint die noch nicht erkannte Krankheit aber auch nicht zu einer Unzufriedenheit *mit sich selbst* führen.

Schließlich ist noch einmal zu betonen, daß die Interpretation dieses

Ergebnisses immer vor dem Hintergrund erfolgen muß, daß aufgrund anderer Untersuchungen (siehe Kap.2 & 6) eine ähnliche Konstellation (unzufriedene Ehefrau bei zufriedenem Partner) auch für durchschnittliche Paare bekannt ist und unsere Untersuchungen nichts darüber aussagen, ob dieser Unterschied bei Partnerschaften von Schlafapnoikern im Vergleich dazu größer ist (weiteres dazu siehe Kapitel Methodenkritik).

7.2 Kritische Bewertung der Methoden

7.2.1 Kritik an der Stichprobe

Die vorliegende Arbeit umfaßt nur eine relativ kleine Stichprobe bezüglich der Untersuchung zur Zufriedenheit der Frau (20 Paare). Dies erklärt sich durch das bezüglich Zeit, Kosten und Aufwand sehr intensive Untersuchungsverfahren, dem zuhause durchgeführten GRID. Signifikante Ergebnisse (wie sie hier vorliegen) aus kleinen Stichproben besitzen jedoch eine größere Effektstärke, das heißt, eine größere praktische Relevanz, so daß sich die kleine Stichprobe im nachhinein nicht als bedeutsamer Nachteil erwies.

Aus der Tatsache, daß die Patienten zuhause besucht wurden, resultiert allerdings eine überwiegend aus einer ländlichen Gegend (Umgebung von Marburg) stammende Stichprobe, bei der bezüglich einiger wichtiger Grundvoraussetzungen (Bildung, Einkommen etc.) nicht von einer Übereinstimmung mit repräsentativen Ehepaarerhebungen (wie z.B. Brähler & Beckmann, 1984) ausgegangen werden kann.

Diese Problematik findet sich bezüglich der ersten Fragestellung zur Dominanz der Frau nicht in dem Maße. Zum einen ist die Stichprobe mit 65 Paaren größer und somit testtheoretischen Anforderungen eher entsprechend, zum anderen wurden die 45 Patienten, welche nicht am GRID-Verfahren teilnahmen, aus dem gesamten Einzugsgebiet des Marburger Schlaflabors angeschrieben und

entsprachen somit in dieser Beziehung eher dem Bevölkerungsdurchschnitt.

Auf die Problematik einer fehlenden Eichstichprobe für das GRID ist bereits weiter oben eingegangen worden: Da auch in durchschnittlichen Partnerschaften die Frau sehr viel weniger zufrieden mit dem Partner ist als mit sich selbst (Fowers,1991), ist die fehlende Möglichkeit eines Vergleichs mit durchschnittlichen Paaren von Nachteil. So zeigt die vorliegende Studie zwar, daß die Frau auch bei der Schlafapnoe weniger zufrieden mit ihrem Mann ist als mit sich selbst, jedoch aufgrund der fehlenden Normwerte nicht, ob dies ausgeprägter der Fall ist als in durchschnittlichen Partnerschaften.

Zwischen der Schlafapnoe und Adipositas besteht eine ausgeprägte Korrelation (Peter,1987, siehe Kap.2). Auch in unserer Stichprobe lag das durchschnittliche Gewicht mit einem Bodymassindex von 29,1 deutlich über dem Durchschnitt. Diesem Übergewicht konnte beim Vergleich mit der standardisierten Stichprobe des Gießentests nicht Rechnung getragen werden, da es meines Wissens keine spezielle Auswertung für übergewichtige Menschen im Gießentest gibt. Es wäre die Frage, ob für Adipöse im Gießentest ein anderes Persönlichkeitsprofil zu erwarten ist. Prinzipiell bestünde sogar die Möglichkeit, daß die hier vorliegenden signifikanten Ergebnisse auch bei nicht unter Schlafapnoe leidenden Adipösen zu finden wären und die Schlafapnoe bei den Ergebnissen nur eine untergeordnete Rolle spielt (siehe auch Verbesserungsvorschläge).

7.2.2 Kritik am Aufbau

Aus im Methodenteil erläuterten Gründen wurden neben den Testdaten von GRID und Gießentest wenig zusätzliche Daten über die untersuchten Paare erhoben. Dies hat zwar oben genannten Vorteil (Teilnahmebereitschaft), hat jedoch bei der Auswertung Nachteile. So wurden Angaben über die Bildung nicht erfragt, diese sind aber nach Aussagen der Gießentestautoren für die Verteilung der Skalenmittelwerte von Bedeutung (vgl. Beckmann et al., 1991,

S.28-31).

7.2.3 Kritik an den Meßinstrumenten

Bei der Frage nach Unterschieden bei der Frau bezüglich der Zufriedenheit mit sich und ihrem Partner haben wir als Maßstab die wahrgenommene Distanz zwischen Selbstbild und Selbstideal sowie zwischen Partnerbild und Selbstideal verwendet. Nun ist die Frage, ob nicht eher das Partnerideal, also die Vorstellung der Frau von einem idealen Partner, hätte erhoben werden sollen, um dann die Distanz zwischen diesem und dem wahrgenommenen Bild des tatsächlichen Partners zu betrachten. Gerade aufgrund der Tatsache, daß es sich um Angehörige unterschiedlicher Geschlechter handelt und die Möglichkeit besteht, daß vom Partner ein anderes Rollenverhalten, andere Einstellungen etc. als von sich selbst erwünscht sein könnten, ist die Frage, ob eine Übertragung von Selbstideal auf Partnerideal vorgenommen werden darf. Dies wäre nicht möglich, wenn die Probanden sich in einer ausgeprägt rollenverteilten Partnerschaft befinden (was hier der Fall ist) *und* diese Rollenverteilung auch bejahen. Letzteres wurde in der vorliegenden Arbeit nicht erfragt.

Untersuchungen weisen jedoch darauf hin, daß ein Partner grundsätzlich bevorzugt wird, wenn eine höhere Kongruenz von Partnerbild und Selbstideal vorliegt (Murstein, 1977, siehe auch Kap.2). Zudem wurde durch die Art der Zufriedenheitsermittlung der vorliegenden Untersuchung die Gefahr einer Darstellung in Richtung sozialer Erwünschtheit vermindert: Es ist zu erwarten, daß eine unzufriedene Partnerin, die aber dennoch an ihrer Beziehung festhält, ihre Unzufriedenheit sich selbst und anderen gegenüber nicht durch allzu große Distanz zwischen tatsächlichem und idealem Partner eingestehen möchte. Demgegenüber könnte ein vom Partner abweichendes Idealselbst diesbezüglich „ungefährlicher“ erscheinen.

Wie im Methodenteil bereits erläutert, wurden die vier vorgegebenen Konstrukte bei der Durchführung des GRIDs bereits vor Beginn der persönlichen Konstrukt-

erhebung vorgegeben, um die Verwendung der GRID-Untersuchungen in weiteren, größeren Forschungsprojekten der Abteilung für Psychosomatik zu ermöglichen. Eine Beeinflussung der Elementdistanzen durch dieses Vorgehen ist natürlich möglich, jedoch vermutlich von geringer Bedeutung, da die untersuchten Elementdistanzen hierdurch relativ gleichmäßig beeinflusst werden müßten.

7.2.4 Verbesserungsvorschläge

Aus dem zuvor Beschriebenen ergeben sich für einen verbesserten Studienaufbau folgende Vorschläge:

Zur besseren Aussagefähigkeit der zweiten Fragestellung sollte die Teilstichprobe größer sein. Um dies mit noch vertretbarem Aufwand zu bewältigen, wäre es möglich, die Patienten alle am Untersuchungstag einzubestellen, als sie zuhause zu besuchen. Eine mögliche Beeinflussung des Gesprächs durch die bevorstehende klinische Untersuchung am gleichen Tage halte ich zwar für denkbar, aber nicht gravierend.

Zweitens sollten v.a. zur Einordnung des Gießentests, ergänzend zu den erhobenen Daten, der Bildungsstand (z.B. anhand des höchsten Schul-/ Ausbildungsabschlusses) erfragt werden.

Mit wenig Aufwand ließe sich außerdem die GRID-Untersuchung für die Fragestellung dieser Arbeit besser nutzen, wenn zusätzlich die Rolle des „Partnerideals“ vorgegeben würde.

Zum Vergleich der Zufriedenheit der Frau mit durchschnittlichen Partnerschaften siehe auch das Kapitel „Vorschläge für weitere Untersuchungen“.

Wie bereits erwähnt, liegt der Bodymassindex von Schlafapnoikern ca. 10% über dem Durchschnitt (Peter,1987). Zur Differenzierung der in dieser Untersuchung dargestellten Ergebnisse wäre daher ein Vergleich dieser Ergebnisse mit schlafgesunden Adipösen sinnvoll. Diese Überlegung ist jedoch insofern eher theoretisch, als die Verbindung zwischen Adipositas, Schlafapnoe

(und kardiovaskulären Erkrankungen) so eng ist, daß bei Studien mit normalgewichtigen Schlafapnoikern nur schwer eine ähnliche Ausprägung einer Schlafapnoe zwecks Vergleichbarkeit gefunden werden wird.

7.3 Schlußfolgerungen

7.3.1 Praktische Relevanz

Was die Rollenverteilung und die Persönlichkeitsstruktur betrifft, konnte diese Arbeit einen weiteren Hinweis dafür liefern, daß sich keine relevanten Unterschiede zwischen Schlafapnoepartnerschaften und anderen Beziehungen finden. Dieses Ergebnis deckt sich mit neueren Ergebnissen zur Schlafapnoeforschung (vgl. unter anderem Cassel, 1993). So, wie Schlafapnoepatienten nicht depressiver als andere (Patienten) sind, findet sich bei ihnen auch keine andere Rollenverteilung: Der Mann ist dominanter als die Ehefrau, wie dies in vielen Beziehungen der Vergleichsgeneration der Fall ist. Insofern kann diese Arbeit einen Beitrag dazu leisten, der Stigmatisierung von Schlafapnoe-Patienten entgegenzuwirken. Aber auch die Partnerin wird durch dieses Ergebnis „rehabilitiert“, da die vermeintliche Beobachtung ihrer Dominanz m.E. nicht völlig wertfrei war, sondern durchaus den Beigeschmack eines Vorwurfes hatte.

Dennoch scheint eine Beziehung, in der der Mann unter Schlafapnoe leidet, Belastungen ausgesetzt zu sein, die vor allem für die Frau ein Problem darstellen und bei ihr eine nicht unerhebliche Unzufriedenheit auslösen.

Diese Unzufriedenheit sollte einem Arzt oder einer Ärztin bewußt sein, wenn er oder sie ein entsprechendes Paar vor sich hat. Es könnte helfen, eventuelle befremdliche Verhaltensweisen, gerade auch von Seiten der Frau, richtig einzuordnen als Ausdruck häufig vorkommender psychosozialer Folgeerscheinungen der vorliegenden Grunderkrankung.

7.3.2 Vorschläge zur Umsetzung

Für das Paar selbst kann es schon entlastend zu wissen, daß diese Unzufriedenheit von Seiten der Frau kein Einzelfall ist, sondern im Zusammenhang mit der obstruktiven Schlafapnoe gehäuft auftritt. Insbesondere in den zur Zeit immer zahlreicher werdenden Schlafapnoe-Selbsthilfegruppen könnte es hilfreich sein, die Problematik einer Unzufriedenheit der Partnerin zu thematisieren und die Frau Ursachen für diese Unzufriedenheit ansprechen zu lassen bzw. diese zu bearbeiten.

Sollte dies im konkreten Fällen nicht ausreichen bzw. für das einzelne Paar nicht passend erscheinen, böte sich begleitend zur Schlafapnoetherapie eine Paartherapie an, auf die auch der behandelnde Schlaflaborarzt/Hausarzt ggf. hinweisen könnte. Letzteres wird jedoch vermutlich Einzelfällen vorbehalten bleiben.

7.3.3 Vorschläge für weitere Untersuchungen

Das Ergebnis der ersten Hypothese wirft die Frage auf, ob bei Mitarbeitern des Marburger Schlaflabors bzw. von Schlaflaboren generell der Eindruck besteht, daß bei Schlafapnoikern und deren Partnern eine veränderte Rollenverteilung vorliegt. Wie weiter oben bereits erläutert, liegt diesbezüglich keine repräsentative Umfrage vor. Eine solche Umfrage könnte jedoch zur Aufklärung der Diskrepanzen zu den Ergebnissen dieser Studie beitragen. Hierbei könnte eine einfache direkte Fragestellung verwendet werden oder ein standardisierter Fragebogen wie der GT-Fremdbild Anwendung finden.

Da sich die zweite Fragestellung bestätigte und auf eine Einschränkung der Zufriedenheit der Frau mit dem Patienten hinweist, sollten weitere Untersuchungen in diese Richtung erfolgen. Hier bieten sich neben dem

modifizierten GRID (mit Element „Partnerideal“) weitere Testverfahren zu Zweierbeziehungen wie z.B. der Partnerschaftsfragebogen (Hahlweg, 1979), die Dyadic adjustment scale (Spanier, 1976) oder das Marital Satisfaction Inventory (Snyder, 1981) an. Es wäre jedoch ein Vergleich mit den diesbezüglich vorliegenden Untersuchungen an durchschnittlichen Paaren sinnvoll, um signifikante Unterschiede zur Bevölkerung abgrenzen zu können. Daher sollten Verfahren verwendet werden, die auch in eben diesen Untersuchungen benutzt wurden (z.B. der multidimensional marital inventory ENRICH, wie er von Fowers (1991) eingesetzt wurde)

Interessant wären auch Untersuchungen über die Ursachen dieser Unzufriedenheit, über die bis jetzt nur Vermutungen angestellt werden konnten.

8 Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit den Zusammenhängen von obstruktiver Schlafapnoe und partnerschaftlicher Beziehung. Aufgrund der in der Literatur berichteten beziehungsrelevanten Begleiterscheinungen der Schlafapnoe (wie starke Tagesmüdigkeit und intellektuelle und sexuelle Leistungsminderung, sowie aufgrund der heutigen Erkenntnisse zur Interaktion in Partnerschaften, vgl. u.a. Willi, 1985, 1992) besteht die Vermutung, daß sich die Schlafapnoe negativ auf die Partnerschaft auswirkt.

Ausgehend von Beobachtungen durch Mitarbeiter des Schlaflabors Marburg wurde die Hypothese aufgestellt, daß Partnerinnen von unbehandelten Schlafapnoepatienten entgegen der klassischen Rollenverteilung die dominierende Rolle übernehmen. Hierzu wurden 65 männliche Patienten der Schlaflaborambulanz Marburg mit ihren Partnerinnen mittels des Gießentests untersucht.

Des weiteren wurde bei einer Teilstichprobe von 20 Patienten mit Hilfe des GRID-Verfahrens Unterschiede zwischen Selbstbild, Partnerbild und Selbstideal erfaßt, um so indirekt Rückschlüsse auf die Zufriedenheit der Frau mit sich und ihrem Partner zu ermöglichen.

Es fand sich jedoch keine Umkehrung der Rollenverhältnisse (Haupteffekt Geschlecht in der Skala Dominanz nicht signifikant), sondern vielmehr Hinweise auf eine Rollenverteilung ähnlich der in klassischen Partnerschaften mit einem dominanten Mann und einer kooperierenden Frau. Signifikant werden die Männer sowohl von sich selbst als auch von ihren Partnerinnen dominant wahrgenommen, während beide Partner die Frau für weniger dominant halten. Außerdem sehen sich im Selbstbild beide signifikant für weniger dominant, als sie von ihrem Partner eingeschätzt werden.

Zudem zeigen sich die untersuchten Frauen signifikant depressiver als ihre erkrankten Partner, und beide Partner schätzen sich gegenseitig sozial resonanter ein. Die Stichprobe stimmt daher in den Grundaussagen mit einer repräsentativen Ehepaarerhebung überein (vgl. Brähler und Beckmann, 1984).

Im GRID-Verfahren beschreiben die Partnerinnen der Schlafapnoepatienten eine signifikant größere Distanz zwischen Selbstbild und Idealselbst als zwischen Partnerbild und Idealselbst. Bei den erkrankten Partnern fand sich ein solcher Unterschied nicht. Dies läßt nach der vorliegenden Literatur (vgl. Bommert et al., 1984,

Murstein, 1977) die Deutung zu, daß die Frauen unzufriedener mit ihren Partnern sind als mit sich selbst, während dies bei den Patienten nicht der Fall ist.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, daß in Partnerschaften von Schlafapnoepatienten keine anderen Rollenverteilungen vorliegen als in durchschnittlichen Partnerschaften. Die gefundene Unzufriedenheit der Frau mit ihrem Partner läßt jedoch auf eine nicht unerhebliche Belastung der Partnerschaft schließen, die der Frau stärker bewußt ist als dem Patienten. Diese Unzufriedenheit der Frau erscheint durch die bekannten Folgeerscheinungen der obstruktiven Schlafapnoe plausibel, findet sich allerdings auch bei anderen Paaren (vgl. Fowers, 1991). Trotzdem sollte sie bei der Behandlung der Schlafapnoe berücksichtigt und nicht verharmlost werden; denkbare Konsequenz wäre eine stärkere Einbeziehung der Partnerin in das Therapiekonzept, in Einzelfällen auch eine begleitende Paartherapie.

9 Literaturverzeichnis

Ancoli-Israel, S., Klauber, M.R., Butters, N., Parker, L., Kripke, D.F. (1991): Dementia in institutionalized elderly: relation to sleep apnea. J Am Geriatr Soc;39(3):258-63

Barbe, A., Pericas, J., Munoz, A., Findley, L., Anto, J.M., Agusti, A.G. (1998): Automobile accidents in patients with sleep apnea syndrome. An epidemiological and mechanistic study. Am J Respir Crit Care Med; 158(1):18-22

Beckmann, D., Brähler, E., Richter, H.E. (1991): Der Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Verlag Hans-Huber, Bern, Stuttgart, Wien.

Beckmann, D. (1994): Macht, Status und Valenz bei gesunden und kranken Partnern. Psychotherapie, Psychosomatik und med. Psychologie (Georg Thieme Verlag), 44; 253-259

Beutler, L.E., Ware, J.C., Karacan, I., Thornby, J.I. (1981): Differentiating psychological characteristics of patients with sleep apnea and narcolepsy. Sleep, 39-47

Bixler, E.O., Vgontzas, A.N., Ten Have, T., Tyson, K., Kales, A.,(1998): Effects of age on sleep apnea in men: I. Prevalence and severity. Am J Respir Crit Care Med, 144-148

Bommert, H., Kampmann, E., Poether, U., Schröder, H.-J., Zacharias, A. (1984): Idealvorstellungen in länger bestehenden Partnerschaften. Partnerberatung, 1, S.10-17.

Bortz, J. (1993): Statistik für Sozialwissenschaftler. 4. Auflage, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg.

Bortz, J. (1999): Statistik für Sozialwissenschaftler. 5. Auflage, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg.

Brähler, E.; Beckmann, D. (1984): Die Erfassung von Partnerbeurteilungen mit dem Gießentest. Diagnostica, 30, Heft 3, 184-197

Brehm, S. (1985): Intimate Relationships (1.Ed.) New York: Random House

Brady, E.C. (1997): Support afforded by wives of post-myocardial infarction patients. In: Habermann, G.M. (Ed): Looking back and moving forward: 50 years of New Zealand psychology. New Zealand Psychological Society, Inc., Wellington, New Zealand: 1-8

Buunk, B.P. (1996): Affiliation, zwischenmenschliche Anziehung und enge Beziehungen. In: Stroebe, W., Hewstone, M., Stephenson, G.M. (Hrsg.), Sozialpsychologie, Springer-Verlag Berlin, 385-391

Buunk, B.P. & Van Yperen, N.W. (1991): Referential comparisons, relational comparisons and the exchange orientation: their relation to marital satisfaction. Personality and social Bulletin, 17, 710-18

Carskadon, M.A., Dement, W.C (1994): Normal human sleep: an overview. In: Principles and practice of sleep medicine. M.Kryger, T.Roth, W.C. Dement (Eds). W. Saunders Philadelphia, II.ed.:301-308

Cartwright, R.D., Knight, S. (1987): Silent partners: the wives of sleep apneic patients. Sleep, 244-8

Cassel, W. (1993): Sleep Apnea and Personality. Sleep 16: S56-S58

Literaturverzeichnis

- Cassel, W., Ploch, T., Peter, J.H., v. Wichert, P.(1991):** Unfallgefahr von Patienten mit nächtlichen Atmungsstörungen. Pneumologie 45, 271-275
- Catina, A., Czogalik, D. (1988):** Veränderungen von Konstruktsystemen im Verlauf einer Verhaltens- und Gesprächstherapie. In: Schüffel, W.(Hrg.): Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Springer, Berlin, 341-352.
- Cattell, R.B. (1973):** Die empirische Erforschung der Persönlichkeit. Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Childs, D., Hedges, R. (1980):** The analysis of interpersonal perceptions as a repertory grid. British Journal of Medical Psychology, 127-136.
- Connors, E.A. (1983):** The use of personal construct theory in an examination of family therapist's cognitive/perceptual skills and verbal behavior at selected stages of training. In: Davis, M.H.: Measuring individuals differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. Journal of Personal and social Psychology, 113-126
- Conradt, R., Hochban, W., Heitmann, J., Brabdenburg, U., Penzel,T., Peter, J.H. (1998):** OSA bei Akromegalie: die Rolle von kraniofazialen Veränderungen. Somnologie, S 7
- Croog, S.H.; Levine, S. (1977):** The heart Patient Recovers: Social and psychological factors, New York, Human Sciences Press.
- Fliegel, S., Neumann, H., Paar, F.(1983):** Kommunikation, Zufriedenheit und Verstehen in der sexuellen Paarbeziehung. Partnerberatung 1/84, 1-9
- Fowers, B.-J. (1991):** His and her marriage: A multivariate study of gender and marital satisfaction. Sex-Roles, Vol 24(3-4): 209-221

Literaturverzeichnis

- Gall, R., Isaac, L., Kryger, M.,(1993):** Quality of life in mild obstructive sleep apnea. Sleep, S59-61
- Gerlach, I. (1988):** Anwendung der Grid-Technik zur Erfassung von Selbstkonzepten in Familien. In: Schüffel, W.(Hrg.): Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 341-352.
- Greenberg, G.D., Watson, R.K., (1987):** Neuropsychological dysfunction in sleep apnea. Sleep, 254-62
- Guilleminault, C., van den Hoed, J., Mitler, M. M. (1978):** Clinical overview of the sleep apnea syndromes. In: Guilleminault, C., Dement, W. C. (eds): Sleep apnea syndromes. AR Liss., New York:1-12.
- Hahlweg, K. (1979):** Konstruktion und Validierung des Partnerschaftsfragebogens (PFB). Zeitschrift für klinische Psychologie, 8; 17-40
- Hartenstein, W.; Bergmann-Gries, J.; Burkhardt, W.; Rudat, R. (1988):** Geschlechtsrollen im Wandel. Schriftenreihe des BMJFG. Verlag W. Kohlhammer Stuttgart, Band 235
- He, J.H., Kryger, M.H., Zorick, F.J., Conway, W., Roth, T. (1988):** Mortality and apnoe index in obstructive sleep apnoe. Experience in 385 male patients. Chest. 949-14
- Herrman, M. (1997):** Schlafapnoe als Krankheitskonstrukt. Campus-Verlag, Frankfurt a.M. / New York
- Jäckel, U. (1980):** Partnerwahl und Eheerfolg. Enke-Verlag, Stuttgart.

Literaturverzeichnis

Jennum P, Sjol A. (1992): Epidemiology of snoring and obstructive sleep apnoea in a Danish population, age 30-60. J Sleep Res, 240-244

Jennum, P.J., Sjol, A. (1995): Cognitive symptoms in persons with snoring and sleep apnea. An epidemiologic study of 1.504 women and men aged 30-60 years. Ugeskr Laeger, 6252-6

Kales, A., Caldwell, A.B., Cadieux, R.J., Vela-Bueno, A., Ruch, L.G., Mayes, S.D. (1985): Severe obstructive sleep apnea: Associated psychopathology and psychosocial consequences. J Chronic Dis; 427-34

Kassner, T. (1996): Empathie in Paarbeziehungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Kelly, G.A. (1955): The psychology of personal constructs (Vols.1&2). NewYork: Norton

Kirchler, E. (1989): Zufriedenheit unterm gemeinsamen Dach. Gruppendynamik, 20 (1), S.375-383.

Kickbusch, I. (1981): Die Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie: Einige forschungskritisch-programmatische Bemerkungen. In: Badura, B.: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. edition Suhrkamp, Frankfurt a.M. S.317-340

Konermann, M., Sanner, B.M., Rawert, B., Haupt, G. (1999): Schlafapnoe und erektile Dysfunktion. Dtsch Med Wochenschr May 21;124(20):631-635

Konietzko, N., Teschler, H., Steveling, H. (1993): Schlafapnoe: Synopsis und Differentialdiagnose. In: Konietzko N., Teschler H., Freitag L.(Hrgs.): Schlafapnoe.Springer-Verlag Berlin-Heidelberg. 7-21

Literaturverzeichnis

- Kwentus J, Schulz SC, Fairman P, Isrow L. (1985):** Sleep apnea: a review. Psychosomatics, 713-24
- Lee, S., Wing, Y.K.; Chen,C.N. (1993):** Obstructive sleep apnoea and depression. Australian-and-New-Zealand-Journal-of-Psychiatry.; Vol 27(1): 162, 165-166
- Leutner, V. (1993):** Schlaf, Schlafstörung, Schlafmittel. Editiones Roche, Basel S.15-18
- Lohaus, A. (1993):** Testtheoretische Aspekte der Repertory Grid-Technik. In: Scheer, J.W., Catina,A. (Hrsg.): Einführung in die Repertory Grid-Technik, Band 1, Kap. 6, S. 80-91. Verlag Hans Huber, Bern.
- Majerovitz, S.D.; Revenson, T.A. (1994):** Sexuality and rheumatic disease: The significance of gender. Arthritis-Care-and-Research. Vol 7(1): 29-34
- Meddin, J.; Brelje, M. (1983):**Unexpected positive effects of myocardial infarction on couples. Health-and-Social-Work, Vol 8(2): 143-146
- Mendoza, S. (1985):**The exchange grid. In: Beail, N. (Hrg.):Repertory grid technique and personal constructs: Applications in clinical and educational settings. Cambridge, MA, Brookline books, 173-189
- Millman, R.P., Fogel, B.S., McNamara, M.E., Carlisle, C.C. (1989):** Depression as a manifestation of obstructive sleep apnea: a review. J Clin Psychiatry 348-51
- Murstein, B.I. (1977):** Die Stimulus-Werthaltungs-Rollentheorie der Ehepartnerwahl. In: Mikula, G., Stroebe, W. (Hrsg.): Sympathie, Freundschaft und Ehe. Bern: Huber Verlag.

Literaturverzeichnis

Neelsen, A. (1999): „Belastet Schlafapnoe die Beziehung?“ Nichtrepräsentative Internet-Umfrage auf der Homepage der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Wuppertal (www.schlafapnoe-online.de/Nuernberg), Start 26.08.99. 5 Rückmeldungen, teils auf der Homepage, teils als direkte Email an Autorin.)

Neimeyer, G.J. und Hudson, R.A. (1985): Couple's constructs: Personal systems in marital satisfaction. In Bannister, D. (Hrsg.): Issues and approaches in personal construct psychology. London, England: Routledge, 127-141.

Peter, J.H. (1987): Die Erfassung der Schlafapnoe in der inneren Medizin. Thieme-Verlag, Stuttgart

Peter, J.H., Köhler U., Penzel T., Grote L, P. v. Wichert (1995): Schlafbezogene Atmungsstörungen, In: Interdisziplinäre Aspekte der Pneumologie Pneumologie. Thieme-Verlag Stuttgart, S. 51-65

Pillar G., Lavie P.(1998): Psychiatric symptoms in sleep apnea syndrome: effects of gender and respiratory disturbance index. Chest, 697-703

Revenson, T.A. (1994): Social support and marital coping with chronic illness. Ann. Behav. Med.,122-130

Revenson, T.A., Majerovitz, S.D. (1990):Spouses' support provision to chronically ill patients. J of Social and Personal Relationships, 7:575-586

Riemann, R. (1991): Repertory Grid Technik. Handanweisung. Hogrefe, Verlag für Psychologie Göttingen.

Rose, G.L.; Suls,J.; Green, P.J.; Lounsbury, P. (1996): Comparison of adjustment, activity, and tangible social support in men and women patients and their spouses during the six months post-myocardial infarction. Annals-of-Behavioral-Medicine. Vol 18(4): 264-272

Ryle, A. und Lunghi, M.W. (1970): The dyad grid. A modification of repertory grid technique. British Journal of Psychiatry, 117, 223-227.

Schäfer, H., Hasper, Ekkhard, Ewig, S., Lüderitz, B. (1996): Schlafbezogene Atmungsstörungen: Etabliertes und neues in Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt, Heft 38, A-2396 - 2402

Scheer, J.W., Catina, A. (Hrsg.): Einführung in die Repertory Grid-Technik, Band 1 (1993a) und 2 (1993b). Verlag Hans Huber, Bern.

Slater P. (1977): The measurement of intrapersonal space by grid technique, Vol II: Dimensions of intrapersonal space. Wiley, London, Sydney, Toronto.

Smith, P.L., Gold, A.R., Meyers, D.A., Haponik, E.F., Bleeker, E.R. (1985): Weight loss in mildly to moderately obese patients with obstructive sleep apnea. Ann Intern Med 103: 850-855.

Snyder, D.K. (1981): Marital satisfaction Inventory (MSI). Manual. In: Klann, N., Hahlweg, K.; Hank, G. (1992): Deutsche Validierung des „Marital Satisfaction Inventory“ (MSI) von Snyder. System Familie, 5; 10-21.

Spanier, G.B. (1976): Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriages and the family. 38; 15-28

Stroebe, W., Hewstone, M., Stephenson, G.M. (Hrsg.) (1996): Sozialpsychologie, Springer-Verlag Berlin.

Thomas, L.F. (1979): Construct, reflect and reverse: the conversation reconstruction of social realities. In: Stringer, P., Bannister, D. (Hrsg.): Constructs of sociality and individuality. Academic Press, London.

Walster, E., Walster, G.W., Berscheid, E. (1978): Equity: theory and research. Boston: Allyn and Bacon.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1996): Menschliche Kommunikation. Verlag Hans Huber, Bern. 9. unveränderte Auflage. (1. Auflage erschienen 1969)

Willi, J. (1985): Koevolution: Die Kunst des gemeinsamen Wachsens. Rowohlt Verlag GmbH Reinbek.

Willi, J.(1986): Entwicklung der Persönlichkeit. In: Willi, J.;Heim, E.: Psychosoziale Medizin. Band 1: Grundlagen. Springer-Verlag Berlin

Willi, J (1991): Was hält Paare zusammen? Rowohlt Verlag GmbH Reinbek

Willi, J. (1992): Die Zweierbeziehung. Rowohlt Verlag GmbH Reinbek. (Erste Auflage 1975).

Wirsching, M. (1996):. Familiendynamik und Familientherapie. In: Uexküll, Th.v.; Adler, R.; Hermann, J.M., Köhle, K.; Schonecke, O.W.; Wesiack, W. (Hrsg) (1996): Psychosomatische Medizin., 5.Auflage, Urban & Schwarzenberg, München, S.441-447

Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber B. (1993): The occurrence of sleepdisordered breathing among middle-aged adults. N Engl J Med 328: 1230-1235

Young T, Evans L, Finn L, Palta M (1997): Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. Sleep, 705-6

Literaturverzeichnis

Zamarron C., Gude F., Otero Y., Alvarez Dobano J.M., Golpe A., Rodriguez Suarez J.R. (1998): Symptoms of sleep apnea syndrome in the general population. Arch Bronconeumol 34(5) 245-9

Zaken-Greenberg, F. und Neimeyer, G.J. (1986): The impact of structural family therapy training on conceptual and executive therapie skills. Family Process, 599-608

10 Anhang

Statistische Auswertung

Internet-Umfrage

Anschreiben 1

Anschreiben 2

Datenschutz-/Einverständniserklärung

Symptombewertungsbogen

Giessentest

GRID

Curriculum vitae

Akademische Lehrer

Ehrenwörtliche Erklärung

Danksagung

Statistische Auswertung

Varianzanalyse Gießentest - Skala Dominanz

Allgemeines Lineares Modell

Innersubjektfaktoren

Maß: MASS_1

GESL	SBFB	Abhängige Variable
1	1	PSDO
	2	PLDO
2	1	LSDO
	2	LPDO

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
PSDO Dominanz (SB, PAT)	47,34	10,33	65
PLDO Dominanz (FB, PAT)	49,28	10,22	65
LSDO Dominanz (SB, PART)	51,02	9,08	65
LPDO Dominanz (FB, PART)	45,28	8,80	65

Multivariate Tests^b

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
GESL	Pillai-Spur	,001	,032 ^a	1,000	64,000	,858	,001
	Wilks-Lambda	,999	,032 ^a	1,000	64,000	,858	,001
	Hotelling-Spur	,001	,032 ^a	1,000	64,000	,858	,001
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,001	,032 ^a	1,000	64,000	,858	,001
SBFB	Pillai-Spur	,128	9,385 ^a	1,000	64,000	,003	,128
	Wilks-Lambda	,872	9,385 ^a	1,000	64,000	,003	,128
	Hotelling-Spur	,147	9,385 ^a	1,000	64,000	,003	,128
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,147	9,385 ^a	1,000	64,000	,003	,128
GESL * SBFB	Pillai-Spur	,076	5,274 ^a	1,000	64,000	,025	,076
	Wilks-Lambda	,924	5,274 ^a	1,000	64,000	,025	,076
	Hotelling-Spur	,082	5,274 ^a	1,000	64,000	,025	,076
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,082	5,274 ^a	1,000	64,000	,025	,076

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept

Innersubjekt-Design: GESL+SBFB+GESL*SBFB

Mauchly-Test auf Sphärität^b

Maß: MASS_1

Innersubjekteffekt	Mauchly-W	Approximierte s Chi-Quadrat	df	Signifikanz	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Untergrenze
GESL	1,000	,000	0	,	1,000	1,000	1,000
SBFB	1,000	,000	0	,	1,000	1,000	1,000
GESL * SBFB	1,000	,000	0	,	1,000	1,000	1,000

Prüft die Nullhypothese, daß sich die Fehlerkovarianz-Matrix der orthonormalisierten transformierten abhängigen Variablen proportional zur Einheitsmatrix verhält.

a. Kann zum Korrigieren der Freiheitsgrade für die gemittelten Signifikanztests verwendet werden. In der Tabelle mit den Tests der Effekte innerhalb der Subjekte werden korrigierte Tests angezeigt.

b.

Design: Intercept

Innersubjekt-Design: GESL+SBFB+GESL*SBFB

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MASS_1

Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
GESL	Sphärizität angenommen	1,696	1	1,696	,032	,858	,001
	Greenhouse-Geisser	1,696	1,000	1,696	,032	,858	,001
	Huynh-Feldt	1,696	1,000	1,696	,032	,858	,001
	Untergrenze	1,696	1,000	1,696	,032	,858	,001
Fehler(GESL)	Sphärizität angenommen	3373,054	64	52,704			
	Greenhouse-Geisser	3373,054	64,000	52,704			
	Huynh-Feldt	3373,054	64,000	52,704			
	Untergrenze	3373,054	64,000	52,704			
SBFB	Sphärizität angenommen	234,650	1	234,650	9,385	,003	,128
	Greenhouse-Geisser	234,650	1,000	234,650	9,385	,003	,128
	Huynh-Feldt	234,650	1,000	234,650	9,385	,003	,128
	Untergrenze	234,650	1,000	234,650	9,385	,003	,128
Fehler(SBFB)	Sphärizität angenommen	1600,100	64	25,002			
	Greenhouse-Geisser	1600,100	64,000	25,002			
	Huynh-Feldt	1600,100	64,000	25,002			
	Untergrenze	1600,100	64,000	25,002			
GESL * SBFB	Sphärizität angenommen	957,696	1	957,696	5,274	,025	,076
	Greenhouse-Geisser	957,696	1,000	957,696	5,274	,025	,076
	Huynh-Feldt	957,696	1,000	957,696	5,274	,025	,076
	Untergrenze	957,696	1,000	957,696	5,274	,025	,076
Fehler(GESL*SBFB)	Sphärizität angenommen	11621,054	64	181,579			
	Greenhouse-Geisser	11621,054	64,000	181,579			
	Huynh-Feldt	11621,054	64,000	181,579			
	Untergrenze	11621,054	64,000	181,579			

Tests der Innersubjektkontraste

Maß: MASS_1

Quelle	GESL	SBFB	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
GESL	Linear		1,696	1	1,696	,032	,858	,001
Fehler(GESL)	Linear		3373,054	64	52,704			
SBFB		Linear	234,650	1	234,650	9,385	,003	,128
Fehler(SBFB)		Linear	1600,100	64	25,002			
GESL * SBFB	Linear	Linear	957,696	1	957,696	5,274	,025	,076
Fehler(GESL*SBFB)	Linear	Linear	11621,054	64	181,579			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Intercept	604717,388	1	604717,39	5416,369	,000	,988
Fehler	7145,362	64	111,646			

Geschätzte Randmittel

1. GESL

Schätzungen

Maß: MASS_1

GESL	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
1	48,308	,826	46,658	49,957
2	48,146	,763	46,621	49,671

Paarweise Vergleiche

Maß: MASS_1

(I) GESL	(J) GESL	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz ^a	95% Konfidenzintervall für die Differenz ^a	
					Untergrenze	Obergrenze
1	2	,162	,900	,858	-1,637	1,960
2	1	-,162	,900	,858	-1,960	1,637

Basiert auf den geschätzten Randmitteln

a. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Multivariate Tests

	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
Pillai-Spur	,001	,032 ^a	1,000	64,000	,858	,001
Wilks-Lambda	,999	,032 ^a	1,000	64,000	,858	,001
Hotelling-Spur	,001	,032 ^a	1,000	64,000	,858	,001
Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,001	,032 ^a	1,000	64,000	,858	,001

Jedes F prüft den multivariaten Effekt von GESL. Diese Tests basieren auf den linear unabhängigen, paarweisen Vergleichen bei den geschätzten Randmitteln.

a. Exakte Statistik

2. SBFB

Schätzungen

Maß: MASS_1

SBFB	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
1	49,177	,759	47,660	50,693
2	47,277	,689	45,900	48,654

Paarweise Vergleiche

Maß: MASS_1

(I) SBFB	(J) SBFB	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz ^a	95% Konfidenzintervall für die Differenz ^a	
					Untergrenze	Obergrenze
1	2	1,900*	,620	,003	,661	3,139
2	1	-1,900*	,620	,003	-3,139	-,661

Basiert auf den geschätzten Randmitteln

*. Die mittlere Differenz ist auf dem Niveau ,05 signifikant

a. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Multivariate Tests

	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
Pillai-Spur	,128	9,385 ^a	1,000	64,000	,003	,128
Wilks-Lambda	,872	9,385 ^a	1,000	64,000	,003	,128
Hotelling-Spur	,147	9,385 ^a	1,000	64,000	,003	,128
Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,147	9,385 ^a	1,000	64,000	,003	,128

Jedes F prüft den multivariaten Effekt von SBFB. Diese Tests basieren auf den linear unabhängigen, paarweisen Vergleichen bei den geschätzten Randmitteln.

a. Exakte Statistik

3. GESL * SBFB

Maß: MASS_1

GESL	SBFB	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
1	1	47,338	1,281	44,780	49,897
	2	49,277	1,268	46,744	51,810
2	1	51,015	1,126	48,767	53,264
	2	45,277	1,091	43,097	47,457

Varianzanalyse Gießentest - Skala Soziale Resonanz

Allgemeines Lineares Modell

Innersubjektfaktoren

Maß: MASS_1

GESL	SBFB	Abhängige Variable
1	1	PSSR
	2	PLSR
2	1	LSSR
	2	LPSR

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
PSSR Soziale Resonanz (SB, PAT)	47,54	9,15	65
PLSR Soziale Resonanz (FB, PAT)	54,97	8,52	65
LSSR Soziale Resonanz (SB, PART)	50,92	9,75	65
LPSR Soziale Resonanz (FB, PART)	51,46	10,47	65

Multivariate Tests^b

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
GESL	Pillai-Spur	,000	,005 ^a	1,000	64,000	,947	,000
	Wilks-Lambda	1,000	,005 ^a	1,000	64,000	,947	,000
	Hotelling-Spur	,000	,005 ^a	1,000	64,000	,947	,000
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,000	,005 ^a	1,000	64,000	,947	,000
SBFB	Pillai-Spur	,307	28,341 ^a	1,000	64,000	,000	,307
	Wilks-Lambda	,693	28,341 ^a	1,000	64,000	,000	,307
	Hotelling-Spur	,443	28,341 ^a	1,000	64,000	,000	,307
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,443	28,341 ^a	1,000	64,000	,000	,307
GESL * SBFB	Pillai-Spur	,156	11,815 ^a	1,000	64,000	,001	,156
	Wilks-Lambda	,844	11,815 ^a	1,000	64,000	,001	,156
	Hotelling-Spur	,185	11,815 ^a	1,000	64,000	,001	,156
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,185	11,815 ^a	1,000	64,000	,001	,156

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept

Innersubjekt-Design: GESL+SBFB+GESL*SBFB

Mauchly-Test auf Sphärizität^b

Maß: MASS_1

Innersubjekteffekt	Mauchly-W	Approximierte s Chi-Quadrat	df	Signifikanz	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Untergrenze
GESL	1,000	,000	0	,	1,000	1,000	1,000
SBFB	1,000	,000	0	,	1,000	1,000	1,000
GESL * SBFB	1,000	,000	0	,	1,000	1,000	1,000

Prüft die Nullhypothese, daß sich die Fehlerkovarianz-Matrix der orthonormalisierten transformierten abhängigen Variablen proportional zur Einheitsmatrix verhält.

a. Kann zum Korrigieren der Freiheitsgrade für die gemittelten Signifikanztests verwendet werden. In der Tabelle mit den Tests der Effekte innerhalb der Subjekte werden korrigierte Tests angezeigt.

b.

Design: Intercept

Innersubjekt-Design: GESL+SBFB+GESL*SBFB

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MASS_1

Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
GESL	Sphärizität angenommen	,246	1	,246	,005	,947	,000
	Greenhouse-Geisser	,246	1,000	,246	,005	,947	,000
	Huynh-Feldt	,246	1,000	,246	,005	,947	,000
	Untergrenze	,246	1,000	,246	,005	,947	,000
Fehler(GESL)	Sphärizität angenommen	3495,254	64	54,613			
	Greenhouse-Geisser	3495,254	64,000	54,613			
	Huynh-Feldt	3495,254	64,000	54,613			
	Untergrenze	3495,254	64,000	54,613			
SBFB	Sphärizität angenommen	1032,015	1	1032,015	28,341	,000	,307
	Greenhouse-Geisser	1032,015	1,000	1032,015	28,341	,000	,307
	Huynh-Feldt	1032,015	1,000	1032,015	28,341	,000	,307
	Untergrenze	1032,015	1,000	1032,015	28,341	,000	,307
Fehler(SBFB)	Sphärizität angenommen	2330,485	64	36,414			
	Greenhouse-Geisser	2330,485	64,000	36,414			
	Huynh-Feldt	2330,485	64,000	36,414			
	Untergrenze	2330,485	64,000	36,414			
GESL * SBFB	Sphärizität angenommen	771,938	1	771,938	11,815	,001	,156
	Greenhouse-Geisser	771,938	1,000	771,938	11,815	,001	,156
	Huynh-Feldt	771,938	1,000	771,938	11,815	,001	,156
	Untergrenze	771,938	1,000	771,938	11,815	,001	,156
Fehler(GESL*SBFB)	Sphärizität angenommen	4181,562	64	65,337			
	Greenhouse-Geisser	4181,562	64,000	65,337			
	Huynh-Feldt	4181,562	64,000	65,337			
	Untergrenze	4181,562	64,000	65,337			

Tests der Innersubjektkontraste

Maß: MASS_1

Quelle	GESL	SBFB	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
GESL	Linear		,246	1	,246	,005	,947	,000
Fehler(GESL)	Linear		3495,254	64	54,613			
SBFB		Linear	1032,015	1	1032,015	28,341	,000	,307
Fehler(SBFB)		Linear	2330,485	64	36,414			
GESL * SBFB	Linear	Linear	771,938	1	771,938	11,815	,001	,156
Fehler(GESL*SBFB)	Linear	Linear	4181,562	64	65,337			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Intercept	682188,938	1	682188,94	3333,452	,000	,981
Fehler	13097,562	64	204,649			

Geschätzte Randmittel

1. GESL

Schätzungen

Maß: MASS_1

GESL	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
1	51,254	,936	49,383	53,124
2	51,192	1,057	49,080	53,304

Paarweise Vergleiche

Maß: MASS_1

(I) GESL	(J) GESL	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz ^a	95% Konfidenzintervall für die Differenz ^a	
					Untergrenze	Obergrenze
1	2	6,154E-02	,917	,947	-1,770	1,893
2	1	-6,154E-02	,917	,947	-1,893	1,770

Basiert auf den geschätzten Randmitteln

a. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Multivariate Tests

	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
Pillai-Spur	,000	,005 ^a	1,000	64,000	,947	,000
Wilks-Lambda	1,000	,005 ^a	1,000	64,000	,947	,000
Hotelling-Spur	,000	,005 ^a	1,000	64,000	,947	,000
Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,000	,005 ^a	1,000	64,000	,947	,000

Jedes F prüft den multivariaten Effekt von GESL. Diese Tests basieren auf den linear unabhängigen, paarweisen Vergleichen bei den geschätzten Randmitteln.

a. Exakte Statistik

2. SBFB

Schätzungen

Maß: MASS_1

SBFB	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
1	49,231	,971	47,292	51,170
2	53,215	,955	51,307	55,124

Paarweise Vergleiche

Maß: MASS_1

(I) SBFB	(J) SBFB	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz ^a	95% Konfidenzintervall für die Differenz ^a	
					Untergrenze	Obergrenze
1	2	-3,985*	,748	,000	-5,480	-2,489
2	1	3,985*	,748	,000	2,489	5,480

Basiert auf den geschätzten Randmitteln

*. Die mittlere Differenz ist auf dem Niveau ,05 signifikant

a. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Multivariate Tests

	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
Pillai-Spur	,307	28,341 ^a	1,000	64,000	,000	,307
Wilks-Lambda	,693	28,341 ^a	1,000	64,000	,000	,307
Hotelling-Spur	,443	28,341 ^a	1,000	64,000	,000	,307
Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,443	28,341 ^a	1,000	64,000	,000	,307

Jedes F prüft den multivariaten Effekt von SBFB. Diese Tests basieren auf den linear unabhängigen, paarweisen Vergleichen bei den geschätzten Randmitteln.

a. Exakte Statistik

3. GESL * SBFB

Maß: MASS_1

GESL	SBFB	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
1	1	47,538	1,135	45,271	49,806
	2	54,969	1,056	52,859	57,080
2	1	50,923	1,210	48,507	53,340
	2	51,462	1,299	48,867	54,056

Varianzanalyse Gießentest - Skala Grundstimmung**Allgemeines Lineares Modell****Innersubjektfaktoren**

Maß: MASS_1

GESL	SBFB	Abhängige Variable
1	1	PSGS
	2	PLGS
2	1	LSGS
	2	LPGS

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
PSGS Grundstimmung (SB, PAT)	51,18	8,51	65
PLGS Grundstimmung (FB, PAT)	55,92	8,02	65
LSGS Grundstimmung (SB, PART)	54,71	9,87	65
LPGS Grundstimmung (FB, PART)	52,58	9,30	65

Multivariate Tests^b

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
GESL	Pillai-Spur	,000	,013 ^a	1,000	64,000	,911	,000
	Wilks-Lambda	1,000	,013 ^a	1,000	64,000	,911	,000
	Hotelling-Spur	,000	,013 ^a	1,000	64,000	,911	,000
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,000	,013 ^a	1,000	64,000	,911	,000
SBFB	Pillai-Spur	,052	3,487 ^a	1,000	64,000	,066	,052
	Wilks-Lambda	,948	3,487 ^a	1,000	64,000	,066	,052
	Hotelling-Spur	,054	3,487 ^a	1,000	64,000	,066	,052
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,054	3,487 ^a	1,000	64,000	,066	,052
GESL * SBFB	Pillai-Spur	,094	6,658 ^a	1,000	64,000	,012	,094
	Wilks-Lambda	,906	6,658 ^a	1,000	64,000	,012	,094
	Hotelling-Spur	,104	6,658 ^a	1,000	64,000	,012	,094
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,104	6,658 ^a	1,000	64,000	,012	,094

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept

Innersubjekt-Design: GESL+SBFB+GESL*SBFB

Mauchly-Test auf Sphärizität^b

Maß: MASS_1

Innersubjekteffekt	Mauchly-W	Approximierte s Chi-Quadrat	df	Signifikanz	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Untergrenze
GESL	1,000	,000	0	,	1,000	1,000	1,000
SBFB	1,000	,000	0	,	1,000	1,000	1,000
GESL * SBFB	1,000	,000	0	,	1,000	1,000	1,000

Prüft die Nullhypothese, daß sich die Fehlerkovarianz-Matrix der orthonormalisierten transformierten abhängigen Variablen proportional zur Einheitsmatrix verhält.

a. Kann zum Korrigieren der Freiheitsgrade für die gemittelten Signifikanztests verwendet werden. In der Tabelle mit den Tests der Effekte innerhalb der Subjekte werden korrigierte Tests angezeigt.

b.

Design: Intercept

Innersubjekt-Design: GESL+SBFB+GESL*SBFB

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MASS_1

Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
GESL	Sphärizität angenommen	,554	1	,554	,013	,911	,000
	Greenhouse-Geisser	,554	1,000	,554	,013	,911	,000
	Huynh-Feldt	,554	1,000	,554	,013	,911	,000
	Untergrenze	,554	1,000	,554	,013	,911	,000
Fehler(GESL)	Sphärizität angenommen	2800,446	64	43,757			
	Greenhouse-Geisser	2800,446	64,000	43,757			
	Huynh-Feldt	2800,446	64,000	43,757			
	Untergrenze	2800,446	64,000	43,757			
SBFB	Sphärizität angenommen	111,154	1	111,154	3,487	,066	,052
	Greenhouse-Geisser	111,154	1,000	111,154	3,487	,066	,052
	Huynh-Feldt	111,154	1,000	111,154	3,487	,066	,052
	Untergrenze	111,154	1,000	111,154	3,487	,066	,052
Fehler(SBFB)	Sphärizität angenommen	2039,846	64	31,873			
	Greenhouse-Geisser	2039,846	64,000	31,873			
	Huynh-Feldt	2039,846	64,000	31,873			
	Untergrenze	2039,846	64,000	31,873			
GESL * SBFB	Sphärizität angenommen	765,062	1	765,062	6,658	,012	,094
	Greenhouse-Geisser	765,062	1,000	765,062	6,658	,012	,094
	Huynh-Feldt	765,062	1,000	765,062	6,658	,012	,094
	Untergrenze	765,062	1,000	765,062	6,658	,012	,094
Fehler(GESL*SBFB)	Sphärizität angenommen	7353,938	64	114,905			
	Greenhouse-Geisser	7353,938	64,000	114,905			
	Huynh-Feldt	7353,938	64,000	114,905			
	Untergrenze	7353,938	64,000	114,905			

Tests der Innersubjektkontraste

Maß: MASS_1

Quelle	GESL	SBFB	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
GESL	Linear		,554	1	,554	,013	,911	,000
Fehler(GESL)	Linear		2800,446	64	43,757			
SBFB		Linear	111,154	1	111,154	3,487	,066	,052
Fehler(SBFB)		Linear	2039,846	64	31,873			
GESL * SBFB	Linear	Linear	765,062	1	765,062	6,658	,012	,094
Fehler(GESL*SBFB)	Linear	Linear	7353,938	64	114,905			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Intercept	746969,600	1	746969,60	5743,573	,000	,989
Fehler	8323,400	64	130,053			

Geschätzte Randmittel

1. GESL

Schätzungen

Maß: MASS_1

GESL	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
1	53,554	,771	52,014	55,093
2	53,646	,862	51,924	55,368

Paarweise Vergleiche

Maß: MASS_1

(I) GESL	(J) GESL	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz ^a	95% Konfidenzintervall für die Differenz ^a	
					Untergrenze	Obergrenze
1	2	-9,231E-02	,820	,911	-1,731	1,547
2	1	9,231E-02	,820	,911	-1,547	1,731

Basiert auf den geschätzten Randmitteln

a. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Multivariate Tests

	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
Pillai-Spur	,000	,013 ^a	1,000	64,000	,911	,000
Wilks-Lambda	1,000	,013 ^a	1,000	64,000	,911	,000
Hotelling-Spur	,000	,013 ^a	1,000	64,000	,911	,000
Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,000	,013 ^a	1,000	64,000	,911	,000

Jedes F prüft den multivariaten Effekt von GESL. Diese Tests basieren auf den linear unabhängigen, paarweisen Vergleichen bei den geschätzten Randmitteln.

a. Exakte Statistik

2. SBFB

Schätzungen

Maß: MASS_1

SBFB	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
1	52,946	,814	51,321	54,571
2	54,254	,764	52,728	55,780

Paarweise Vergleiche

Maß: MASS_1

(I) SBFB	(J) SBFB	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz ^a	95% Konfidenzintervall für die Differenz ^a	
					Untergrenze	Obergrenze
1	2	-1,308	,700	,066	-2,707	9,121E-02
2	1	1,308	,700	,066	-9,121E-02	2,707

Basiert auf den geschätzten Randmitteln

a. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Multivariate Tests

	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
Pillai-Spur	,052	3,487 ^a	1,000	64,000	,066	,052
Wilks-Lambda	,948	3,487 ^a	1,000	64,000	,066	,052
Hotelling-Spur	,054	3,487 ^a	1,000	64,000	,066	,052
Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,054	3,487 ^a	1,000	64,000	,066	,052

Jedes F prüft den multivariaten Effekt von SBFB. Diese Tests basieren auf den linear unabhängigen, paarweisen Vergleichen bei den geschätzten Randmitteln.

a. Exakte Statistik

3. GESL * SBFB

Maß: MASS_1

GESL	SBFB	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
1	1	51,185	1,056	49,076	53,293
	2	55,923	,995	53,936	57,910
2	1	54,708	1,224	52,263	57,153
	2	52,585	1,154	50,280	54,889

Varianzanalyse GRID - Distanzen

Allgemeines Lineares Modell

Innersubjektfaktoren

Maß: MASS_1

GRIDVAR	GESL	Abhängige Variable
1	1	SIS
	2	SIS_P
2	1	PAS
	2	PAS_P
3	1	PAIS
	2	PAIS_P

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
SIS Selbst-Idealselbst Distanz (PAT)	,78920	,29436	20
SIS_P Selbst-Idealselbst Distanz (PART)	,66685	,30335	20
PAS Selbst-Parter Distanz (PAT)	,77790	,27947	20
PAS_P Selbst-Parter Distanz (PART)	,84115	,40606	20
PAIS Partner-Idealselbst Distanz (PAT)	,76390	,27764	20
PAIS_P Partner-Idealselbst Distanz (PART)	1,00975	,32352	20

Multivariate Tests^b

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
GRIDVAR	Pillai-Spur	,479	8,284 ^a	2,000	18,000	,003	,479
	Wilks-Lambda	,521	8,284 ^a	2,000	18,000	,003	,479
	Hotelling-Spur	,920	8,284 ^a	2,000	18,000	,003	,479
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,920	8,284 ^a	2,000	18,000	,003	,479
GESL	Pillai-Spur	,098	2,054 ^a	1,000	19,000	,168	,098
	Wilks-Lambda	,902	2,054 ^a	1,000	19,000	,168	,098
	Hotelling-Spur	,108	2,054 ^a	1,000	19,000	,168	,098
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,108	2,054 ^a	1,000	19,000	,168	,098
GRIDVAR * GESL	Pillai-Spur	,361	5,088 ^a	2,000	18,000	,018	,361
	Wilks-Lambda	,639	5,088 ^a	2,000	18,000	,018	,361
	Hotelling-Spur	,565	5,088 ^a	2,000	18,000	,018	,361
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,565	5,088 ^a	2,000	18,000	,018	,361

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept

Innersubjekt-Design: GRIDVAR+GESL+GRIDVAR*GESL

Mauchly-Test auf Sphärizität^b

Maß: MASS_1

Innersubjekteffekt	Mauchly-W	Approximiertes Chi-Quadrat	df	Signifikanz	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Untergrenze
GRIDVAR	,531	11,380	2	,003	,681	,715	,500
GESL	1,000	,000	0	,	1,000	1,000	1,000
GRIDVAR * GESL	,563	10,343	2	,006	,696	,734	,500

Prüft die Nullhypothese, daß sich die Fehlerkovarianz-Matrix der orthonormalisierten transformierten abhängigen Variablen proportional zur Einheitsmatrix verhält.

a. Kann zum Korrigieren der Freiheitsgrade für die gemittelten Signifikanztests verwendet werden. In der Tabelle mit den Tests der Effekte innerhalb der Subjekte werden korrigierte Tests angezeigt.

b.

Design: Intercept

Innersubjekt-Design: GRIDVAR+GESL+GRIDVAR*GESL

Tests der Innersubjekteffekte

Maß: MASS_1

Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
GRIDVAR	Sphärizität angenommen	,504	2	,252	4,054	,025	,176
	Greenhouse-Geisser	,504	1,362	,370	4,054	,043	,176
	Huynh-Feldt	,504	1,431	,353	4,054	,041	,176
	Untergrenze	,504	1,000	,504	4,054	,058	,176
Fehler(GRIDVAR)	Sphärizität angenommen	2,364	38	6,222E-02			
	Greenhouse-Geisser	2,364	25,875	9,137E-02			
	Huynh-Feldt	2,364	27,186	8,696E-02			
	Untergrenze	2,364	19,000	,124			
GESL	Sphärizität angenommen	,116	1	,116	2,054	,168	,098
	Greenhouse-Geisser	,116	1,000	,116	2,054	,168	,098
	Huynh-Feldt	,116	1,000	,116	2,054	,168	,098
	Untergrenze	,116	1,000	,116	2,054	,168	,098
Fehler(GESL)	Sphärizität angenommen	1,075	19	5,659E-02			
	Greenhouse-Geisser	1,075	19,000	5,659E-02			
	Huynh-Feldt	1,075	19,000	5,659E-02			
	Untergrenze	1,075	19,000	5,659E-02			
GRIDVAR * GESL	Sphärizität angenommen	,678	2	,339	4,949	,012	,207
	Greenhouse-Geisser	,678	1,392	,487	4,949	,025	,207
	Huynh-Feldt	,678	1,467	,462	4,949	,023	,207
	Untergrenze	,678	1,000	,678	4,949	,038	,207
Fehler(GRIDVAR*GESL)	Sphärizität angenommen	2,602	38	6,848E-02			
	Greenhouse-Geisser	2,602	26,442	9,842E-02			
	Huynh-Feldt	2,602	27,876	9,336E-02			
	Untergrenze	2,602	19,000	,137			

Tests der Innersubjektkontraste

Maß: MASS_1

Quelle	GRIDVAR	GESL	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
GRIDVAR	Linear		,504	1	,504	9,726	,006	,339
	Quadratisch		1,176E-04	1	1,176E-04	,002	,968	,000
Fehler(GRIDVAR)	Linear		,985	19	5,186E-02			
	Quadratisch		1,379	19	7,257E-02			
GESL		Linear	,116	1	,116	2,054	,168	,098
Fehler(GESL)		Linear	1,075	19	5,659E-02			
GRIDVAR * GESL	Linear	Linear	,678	1	,678	7,152	,015	,273
	Quadratisch	Linear	1,500E-05	1	1,500E-05	,000	,985	,000
Fehler(GRIDVAR*GESL)	Linear	Linear	1,801	19	9,478E-02			
	Quadratisch	Linear	,801	19	4,218E-02			

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Intercept	78,368	1	78,368	274,572	,000	,935
Fehler	5,423	19	,285			

Geschätzte Randmittel

1. GRIDVAR

Schätzungen

Maß: MASS_1

GRIDVAR	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
1	,728	,045	,634	,822
2	,810	,069	,666	,953
3	,887	,059	,763	1,011

Paarweise Vergleiche

Maß: MASS_1

(I) GRIDVAR	(J) GRIDVAR	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz ^a	95% Konfidenzintervall für die Differenz ^a	
					Untergrenze	Obergrenze
1	2	-8,150E-02	,072	,812	-,270	,107
	3	-,159*	,051	,017	-,292	-2,513E-02
2	1	8,150E-02	,072	,812	-,107	,270
	3	-7,730E-02	,040	,201	-,182	2,708E-02
3	1	,159*	,051	,017	2,513E-02	,292
	2	7,730E-02	,040	,201	-2,708E-02	,182

Basiert auf den geschätzten Randmitteln

*. Die mittlere Differenz ist auf dem Niveau ,05 signifikant

a. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Multivariate Tests

	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
Pillai-Spur	,479	8,284 ^a	2,000	18,000	,003	,479
Wilks-Lambda	,521	8,284 ^a	2,000	18,000	,003	,479
Hotelling-Spur	,920	8,284 ^a	2,000	18,000	,003	,479
Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,920	8,284 ^a	2,000	18,000	,003	,479

Jedes F prüft den multivariaten Effekt von GRIDVAR. Diese Tests basieren auf den linear unabhängigen, paarweisen Vergleichen bei den geschätzten Randmitteln.

a. Exakte Statistik

2. GESL

Schätzungen

Maß: MASS_1

GESL	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
1	,777	,047	,678	,876
2	,839	,059	,716	,963

Paarweise Vergleiche

Maß: MASS_1

(I) GESL	(J) GESL	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz ^a	95% Konfidenzintervall für die Differenz ^a	
					Untergrenze	Obergrenze
1	2	-6,225E-02	,043	,168	-,153	2,865E-02
2	1	6,225E-02	,043	,168	-2,865E-02	,153

Basiert auf den geschätzten Randmitteln

a. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Multivariate Tests

	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Eta-Quadrat
Pillai-Spur	,098	2,054 ^a	1,000	19,000	,168	,098
Wilks-Lambda	,902	2,054 ^a	1,000	19,000	,168	,098
Hotelling-Spur	,108	2,054 ^a	1,000	19,000	,168	,098
Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,108	2,054 ^a	1,000	19,000	,168	,098

Jedes F prüft den multivariaten Effekt von GESL. Diese Tests basieren auf den linear unabhängigen, paarweisen Vergleichen bei den geschätzten Randmitteln.

a. Exakte Statistik

3. GRIDVAR * GESL

Maß: MASS_1

GRIDVAR	GESL	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
1	1	,789	,066	,651	,927
	2	,667	,068	,525	,809
2	1	,778	,062	,647	,909
	2	,841	,091	,651	1,031
3	1	,764	,062	,634	,894
	2	1,010	,072	,858	1,161

Stichprobenkennwerte

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Eingeschlossen		Ausgeschlossen		Insgesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
ALTER Alter * SAMPLE Stichprobe	65	100,0%	0	,0%	65	100,0%
ALTPART Alter d. Partnerin * SAMPLE Stichprobe	64	98,5%	1	1,5%	65	100,0%

Zusammenfassung von Fällen

SAMPLE Stichprobe		ALTER Alter	ALTPART Alter d. Partnerin
1 Neelsen	Mittelwert	56,15	52,15
	Median	56,50	55,00
	Minimum	34	30
	Maximum	64	62
	Standardabweichung	7,36	8,93
2 ?	Mittelwert	49,67	47,16
	Median	52,00	49,50
	Minimum	32	20
	Maximum	67	67
	Standardabweichung	8,33	9,46
Insgesamt	Mittelwert	51,66	48,72
	Median	54,00	51,00
	Minimum	32	20
	Maximum	67	67
	Standardabweichung	8,54	9,52

Zusammenfassung von Fällen

	GROESSE	GEWICHT	BMI	AI	HI	RDI
Mittelwert	176,93	91,93	29,3936	15,93	5,80	24,02
Standardabweichung	5,63	11,59	3,6990	19,48	9,06	22,38
Minimum	164	68	23,53	-9	-9	0
Maximum	188	123	37,54	72	38	96
Median	178,00	92,00	28,7317	11,00	3,00	18,00

Internet-Umfrage

Neelsen, Amala „Belastet Schlafapnoe die Beziehung?“

Nichtrepräsentative Internet-Umfrage auf der Homepage der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Nürnberg (www.schlafapnoe-online.de/Nuernberg), Start 26.08.1999, 5 Rückmeldungen, teils auf der Homepage, teils als direkte Email an Autorin.

Hallo!

Ich bin Ärztin und habe in meiner Doktorarbeit Paare untersucht, bei denen der Mann unter Schlafapnoe leidet. Bei der Auswertung der psychologischen Tests zeichnet sich jetzt ab, daß die Beziehung durch die Erkrankung stark belastet wird. Mich würde interessieren, wie Betroffene und Angehörige das beurteilen, und insbesondere, welcher Art diese Belastung der Beziehung aussieht und wodurch sie zustande kommt. Ist es "nur" das Schnarchen? Oder die Müdigkeit am Tage? Oder spielen noch ganz andere Auswirkungen der Schlafapnoe eine Rolle? Für persönliche Erfahrungsberichte oder Kommentare (auch anonym) wäre ich sehr dankbar!

Amala Neelsen.

Hallo Frau Neelsen,

Ihre Frage kann ich nur mit einem ganz kräftigen "Ja" beantworten: dabei ist mangelnde Potenz, nicht mal das schlimmste in einer Beziehung. Viel schlimmer (im untherapierten Zustand) ist die dauernde Müdigkeit, der Drang zu schlafen, die eine Beziehung nicht nur im wahrsten Sinne des Wortes "einschlafen" läßt, sondern jegliche Kommunikation kommt zu kurz, man wird völlig "antriebslos" und es bauen sich mit der Zeit erhebliche Spannungen auf, da der Partner ja die diversen Aktivitäten, die man früher gemeinsam unternommen hat, einfordert, während man selbst dazu zu kaputt ist, bzw. sogar (im Kino, Theater, Konzert, ...) dabei einschläft. Dabei wissen im allgemeinen beide nichts von der Krankheit. - So jedenfalls bei mir und auch einigen Bekannten.

Anhang

Aber, seit ich (ca. 1 Jahr) therapiert werde, hat sich, nach den Startschwierigkeiten mit den Masken, sehr schnell eine ganz erhebliche Besserung eingestellt: nach 5 - 6 Std. Schlaf bin ich "fit" und es ist erstaunlich zu begreifen, wie schlecht es mir vorher gegangen ist (ohne daß es mir damals bewußt war).

Zu weiteren Kommentaren (per eMail) bin ich gerne bereit.
Gruß

M. K.

Durch die Müdigkeit lief bei uns im Bett so gut wie nichts mehr. Nach der Behandlung vor einem Jahr, fühle ich mich sexuell wieder fit und stelle fest, daß es noch nicht zu Ende ist. Alleine aus diesem Grunde ist eine Behandlung schon wichtig und von Vorteil. Es gibt keine impotenten Männer, es zu viele unbehandelte Apnoiker.

Ich kann nur jedem Mann raten: Hast Du Probleme mit der Potenz, nicht Viagra nein nCpap.

Gruß P. S.

Sehr verehrte Frau Neelsen,

ich bin 29 Jahre alt und seit 1997 Schlafapnoepatient. Die Situation mit meiner Frau ist sehr schwierig. Als Hotelier bin ich täglich viele Stunden im Einsatz. Seit längerem fällt mir die Arbeit zunehmend schwerer, oft übermannt mich auch der Schlaf am Schreibtisch. Wegen einer chronischen Entzündung der Nasennebenhöhlen ist mir das tragen der Beatmungsmaske unmöglich. Es stellt sich also keine Besserung ein. Meine Frau zeigt für all das kein Verständnis. Sie hält mich schlicht für faul. Durch die mangelnde Leistungsbereitschaft hat auch unser Geschäft gelitten. Die sorgt zusätzlich für Probleme. Ich glaube das größte Problem an der ganzen Sache ist, daß für den Partner keine Krankheit direkt ersichtlich ist. Einen Beinbruch kann der Partner sehen.

Ich weiß nicht mehr weiter.

Mit freundlichen Grüßen,

R.H.

Meine Partnerschaft leidet sehr darunter, daß ich (allerdings zugegebenermaßen LEISE (!)) schnarche. Mein Freund ist der Meinung, ich müsse nur trainieren, meine Rachenmuskulatur im Schlaf nicht zu entspannen (erschlaffen zu lassen). Ich denke aber nicht, daß das möglich ist. Er wirft mir Absicht und bösen Willen vor. Das Ende vom Lied ist, daß er mich aller Viertelsunden weckt und wir so beide die ganze Nacht nicht richtig durchschlafen können und er mir inzwischen deshalb mit Trennung droht. Welche Möglichkeit (außer Gewichtsreduzierung) habe ich noch? Mein Vater leidet unter Schlafapnoe, hat auch Atemaussetzer und schnarcht sehr laut, so laut, daß man es durch mehrere Zimmerwände hören kann! Auch sein Bruder (mein Onkel) hat so laut geschnarcht. Ist diese Krankheit vererbbar? Und betrifft dies auch Frauen?

K.

Hallo,

ich denke beides belastet, sowohl das Schnarchen als auch die ständige Müdigkeit. Mein Mann hatte auch Schlafapnoe, aber lange Zeit unerkannt. Als ich vor neun Jahren mit unserer 1. Tochter schwanger war, damals war er noch gesund. Wir hatten damals ziemlich Probleme, mir war ständig schlecht, ich wurde depressiv, das ging dann soweit, daß wir uns getrennt haben. Es war für uns beide eine schwere Zeit. Als die Übelkeit weg war und ich mich nicht ständig übergeben mußte, hatte ich auch wieder einen klaren Kopf. Wir haben dann doch wieder zusammen gefunden und sind nun seit 8 Jahren glücklich verheiratet. Er hat in dieser Zeit ziemlich viel zugenommen (während meiner Schwangerschaft). Ich denke, daß die Krankheit vielleicht damals angefangen hat. Ich bin mir aber nicht sicher. Die letzten Jahre schnarchte er sehr laut. Das war ganz schon nervig. Am besten war es vor ihm ins Bett zu gehen um überhaupt einschlafen zu können und nachts hat er schon mal Schubser von mir bekommen. Es gab auch mal eine Zeit, wo er ständig müde war. Er verbrachte die Nächte vor dem Fernseher, aber dann auch nachts und schlief allgemein sehr schlecht. Morgens war er sowieso nie ausgeschlafen und er schlief auch während der Vorlesungen regelmäßig ein. Selbst bei kurzen Autofahrten mußte er anhalten, da er am Steuer einnickte. Er wurde depressiv. Mich hat es wütend gemacht, daß er ständig

schief und niemals ausgeruht war. Das sind ja alles Symptome für eine Schlafapnoe. Wenn uns das nur mal ein Arzt gesagt hatte, dann wäre besonders ihm viel erspart geblieben, eigentlich uns allen, da es für die ganze Familie belastend war. Er war zu dieser Zeit bei einem Heilpraktiker, da war aber auch nie die Rede von Schlafapnoe. Er bekam drei oder vier verschiedene Tabletten, die er regelmäßig einnehmen mußte, ich weiß aber nicht mehr was das war. Auf jeden Fall wurde es davon besser. Die Wende kam eigentlich erst, als meine Mutter uns ein Schlafsystem mit Magneten auslieh. Die ersten 2 Tage war es als wäre er darauf festgeklebt. Er schlief nur noch. Ich merkte aber auch schon in der 1. Nacht, daß sein Schnarchen leiser geworden ist. Ihm ging es merklich besser. Das war letztes Jahr im August. Die HNO-Ärztin (eine neu zugezogene) schickte ihn dann in die Diagnostikklinik in Wiesbaden. Dort sollte abgeklärt werden ob eine Schlafapnoe besteht, bevor seine schiefe Nasenscheidewand operiert werden sollte. Mein Mann hat dann ein Mesamgerät mit nach Hause bekommen und mit der Auswertung wurde Schlafapnoe diagnostiziert.....()

Mittlerweile sind wir wieder eine aktive Familie. Unser Leben hat sich ganz entscheidend verändert seit er wieder gesund ist. Jetzt wo wir auch wissen was die Ursache der ganzen Symptome war läßt sich das alles viel besser verarbeiten.

Ist diese Krankheit unter Ärzten nicht so bekannt? Die Symptome waren ja wirklich klassisch. Naja, Hauptsache wir haben es hinter uns und ein tolles Leben vor uns.

Ich glaube jetzt habe ich genug geschrieben, vielleicht hilft es Ihnen ja weiter.

Viele Grüße,
S.S.

KLINIKUM DER PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG

Zentrum für Innere Medizin

Abteilung Poliklinik

Leiter: Prof. Dr. P. v. Wichert

3550 Marburg/Lahn, den

Postfach 2360

Baldingerstraße

Herrn



Zeitreihenlabor

PD Dr. J. H. Peter

Tel. (06421) 28 27 17

S. Reinecke

Dipl.-Psych. W. Cassel

Tel. (06421) 28 53 97

Sehr geehrter Herr

Sie haben am einen Untersuchungstermin in unserer Abteilung.

Das Zeitreihenlabor führt derzeit eine Untersuchung zu familiären Auswirkungen schlafbezogener Atmungsstörungen durch. Dabei geht es sowohl um Ihr eigenes Befinden als auch um das Ihrer Partnerin.

Heute senden wir Ihnen zwei Fragebögen zu, die beide von Ihrer Partnerin ausgefüllt werden sollen. Einer dieser Fragebögen (GT-S) dient zur Selbsteinschätzung Ihrer Partnerin, in dem anderen Fragebogen (GT-Fm) soll Ihre Partnerin Ihr Befinden beschreiben.

Dabei ist es wichtig, daß Ihre Partnerin diese Fragebögen ohne Ihre Mithilfe ausfüllt. Die Testanweisungen findet sie jeweils auf der ersten Seite des Fragebogens. Wichtig ist, daß nicht Ihr "durchschnittliches" Befinden, sondern der augenblickliche Zustand beschrieben werden soll. Außerdem sollten die Fragen relativ zügig beantwortet werden, d.h., sie sollte nicht zu lange über die jeweilige Antwort nachdenken.

Bringen Sie bitte beide vollständig ausgefüllten Fragebögen in dem dafür vorgesehenen Briefumschlag am mit zur Untersuchung, und geben Sie den Umschlag dem untersuchenden Arzt. Während der Untersuchung werden auch Sie zwei Fragebögen bekommen, die Sie an Ort und Stelle ausfüllen. Natürlich unterliegen alle Ihre Angaben dem Datenschutz und werden anonym behandelt.

Falls Sie alleine leben, bringen Sie bitte die unausgefüllten Fragebögen ebenfalls mit zu Ihrem Untersuchungstermin.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte zwischen 9⁰⁰ Uhr und 12⁰⁰ Uhr unter der Nummer 06421-285397 an uns.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

S. Reinecke
Cand.-Psych.

Dr. med. H. Becker
Assistenzarzt

W. Cassel
Dipl.-Psych.

FACHBEREICH HUMANMEDIZIN

ZENTRUM FÜR INNERE MEDIZIN
ABTEILUNG MEDIZINISCHE POLIKLINIK
SCHLAFMEDIZINISCHES LABOR

Zentrum für Innere Medizin · Postfach 2360 · 35033 Marburg



KLINIKUM
der Philipps-Universität
Marburg

Leiter: Prof. Dr. P. von Wichert
Leiter: Prof. Dr. Dr. J. H. Peter

Hausanschrift: Baldingerstr., 35043 Marburg
Postanschrift: 35033 Marburg
Telefon: (06421) 28 67 43
Telefax: (06421) 28 49 58
Dr. med. J. Heitmann

Datum:

Sehr geehrter Herr !

Sie haben am einen Untersuchungstermin in unserer Abteilung. Das schlafmedizinische Labor führt derzeit eine Untersuchung zu Auswirkungen schlafbezogener Atmungsstörungen auf die familiäre Atmosphäre durch. Dabei geht es sowohl um Ihr eigenes Befinden als auch um das Ihrer Partnerin. Unser Anschreiben verbinden wir mit der Bitte, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Die Teilnahme ist freiwillig, und aus einer Nichtteilnahme entstehen Ihnen bei der weiteren medizinischen Betreuung keine Nachteile.

Die Untersuchung gliedert sich in zwei Teile. Für den ersten Teil senden wir Ihnen heute vier Fragebögen zu, von denen zwei von Ihrer Partnerin ausgefüllt werden sollen, die anderen beiden von Ihnen selbst. Jeweils einer dieser Fragebögen dient zur Selbsteinschätzung (GT-S), in dem anderen Fragebogen (GT-Fm bzw. GT-Fw) soll das Befinden des Partners beschrieben werden. Dabei ist wichtig, daß Sie und Ihre Partnerin diese Fragebögen ohne die Mithilfe des anderen ausfüllen. Die Testanweisung finden Sie jeweils auf der ersten Seite des Fragebogens. Wichtig ist, daß nicht das "durchschnittliche" Befinden, sondern der augenblickliche Zustand beschrieben werden soll. Außerdem sollten die Fragen relativ zügig beantwortet werden, das heißt, Sie sollten nicht zu lange über die jeweilige Antwort nachdenken.

Der zweite Teil der Untersuchung besteht aus einer etwas umfassenderen Befragung, die unsere Mitarbeiterin Frau Neelsen mit Ihnen durchführen wird. Dazu wird Frau Neelsen telefonisch mit Ihnen noch einen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Termin geben Sie ihr bitte auch die vier vollständig ausgefüllten Fragebögen.

Falls Sie alleine leben, bringen Sie bitte die unausgefüllten Fragebögen zu Ihrem Untersuchungstermin am mit. Natürlich unterliegen alle Ihre Angaben dem Datenschutz und werden anonym behandelt. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte unter der oben angegebenen Nummer an Dr. Heitmann (Mo-Fr von 8⁰⁰-10⁰⁰ Uhr).

Wir bedanken uns schon jetzt für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

A. Neelsen

Dr. M. Feuring

Dr. J. Heitmann

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Ich bin damit einverstanden, daß die Angaben in den Fragebögen, die ich gemacht habe, in anonymisierter Form, d.h. ohne daß meine Person anderen als meinem Interviewer bekannt wird, für wissenschaftliche Arbeiten in maschinenlesbarer Form und maximal 7 Jahre in der Universitätsklinik Marburg, Abt. Psychosomatik, EDV-gestützt erfaßt, gespeichert und ausgewertet werden.

Datum

Unterschrift

Symptom-Bewertungs-Bogen

Zutreffendes auf Vorder- und Rückseite sorgfältig ausfüllen bzw. ankreuzen; wenn der Platz nicht ausreicht, legen Sie bitte einen zusätzlichen Bogen bei.

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Heutiges Datum:

Postleitzahl: Wohnort:

Straße: Telefon:

Körpergröße: cm Gewicht: kg

Leiden Sie unter Einschlafschwierigkeiten? ☐ Ja, seit Jahren
☐ Nein

Nehmen Sie Schlafmittel? ☐ Ja, seit Jahren
☐ Nein

Falls bekannt: Haben Sie Bluthochdruck (Hypertonie)? ☐ Ja, seit Jahren
☐ Nein

Wenn Sie Ihre Blutdruckwerte kennen, dann geben Sie diese bitte rechts an:

..... zu
(syst.) (diast.)

Schnarchen Sie? ☐ Ja, seit Jahren in
..... Nächten pro Woche
für ca. Stunden
☐ Nein

Kommt es vor, daß Sie laut und unregelmäßig schnarchen? ☐ Ja, seit Jahren
☐ Nein

Neigen Sie dazu, gegen Ihren Willen tagsüber einzuschlafen (z.B. bei Besuchen, im Kino oder während der Mahlzeiten)? ☐ Ja, seit Jahren
☐ Nein

Sind bei Ihnen auffällige, länger als ca. 10 Sekunden dauernde Atemstillstände während des Schlafes bemerkt worden? ☐ Ja, seit Jahren
☐ Nein
☐ nicht bekannt

Gießentest

Beim nachfolgenden Gießentest handelt es sich um die Vorlage für ein *Selbstbild*. Für das *Fremdbild* wurden entsprechend in die 3. Person männlich/weiblich umformulierte Exemplare („Ich habe den Eindruck, er ist...“ bzw. „Ich habe den Eindruck, sie ist...“) verwendet, welche hier nicht gesondert angehängt werden.

GT-S

Name _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 = Sie glauben, daß Ihr Verhalten **im Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.)

GT-S 1

© 1972 by Verlag Hans Huber Bern
3-456-30528-2

1 Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2 Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	ich meide eher Geselligkeit
3 Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4 Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5 Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6 Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7 Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8 Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9 Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10 Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11 Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12 Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13 Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14 Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15 Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16 Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17 Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18 Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenu.
19 Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus.
20 Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21 Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22 Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

GT-S 2

23 Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24 Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25 Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe
26 Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
27 Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszu-sehen.
28 Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.
29 Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
30 Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31 Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
32 Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33 Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
34 Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnistähig.
35 Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36 Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt.
37 Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38 Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39 Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40 Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

THEMA:

CODIERUNG:

DATUM:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

DIE GEMEINSAME EIGENSCHAFT

6 5 4

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

DAS GEGENTEIL

3 2 1

CURRICULUM VITAE

von
Amala Neelsen,
geboren am 3.7.1970
in Kiel

1976 -1980	Claus-Rixen-Schule Altenholz / Kiel
1980 -1989	Kieler Gelehrtenschule Humanistisches Gymnasium
1989 - 90	Studium der Psychologie an der Christian-Albrechts-Universität Kiel
10/ 1990	Wechsel zum Fach Humanmedizin
08/ 1992	Physikum
10/ 1992	Fortführung des Studiums an der Marburger Philipps-Universität
03/ 1994	I. Staatsexamen
03/ 1996	II. Staatsexamen
10/ 1996 - 9/1997	Medizinisches Praktisches Jahr an der Christian-Albrechts-Universität Kiel mit Tertialen in Flensburg (Innere) und Pretoria (Chirurgie); Wahlfach: Dermatologie
10/ 1997	III. Staatsexamen
1994 - 96	Wissenschaftliche Hilfskraft im schlafmedizinischen Labor des Zentrums für Innere Medizin der Philipps-Universität Marburg
1/98 -12/98	Ärztin im Praktikum in der internistischen Abteilung des Diakoniekrankenhauses Wehrda
1/99 - 6/99	Ärztin im Praktikum in der chirurgischen Abteilung des Diakoniekrankenhauses Wehrda
9/99 -12/99	Hilfseinsatz mit „Ärzte ohne Grenzen“ auf Osttimor (Allgemeinmedizin)
3/00 - 8/00	Assistenzärztin in der Praxis Dr. Liesenfeld, Mardorf, Facharzt für Allgemeinmedizin
10/00 – 3/01	Hilfseinsatz mit „Ärzte ohne Grenzen“ in Sierra Leone (Pädiatrie und Ernährungsmedizin)

Meine akademischen Lehrer waren (in alphabetischer Reihenfolge)

in Kiel die Damen und Herren Christophers, Gerber, Jänig, Klink, Knolle, Lagaly, Matzdorff, Pehlemann, Sievers, Tillman, Ullrich,
in Marburg die Damen und Herren Aumüller, Arnold, Baum, Engel, Eschenbach, Ganz, Gotzen, Gressner, Griss, Habermehl, Happle, Huffmann, Kleinsasser, Klenk, Klose, Krieg, Kroll, Lennartz, Moll, Peter, Pohlen, Riedmiller, Rothmund, Schmidt, Schüffel, Schulz, Thomas, Vohland, v.Wichert, Zelder sowie in Pretoria Mr Marivate.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, daß ich die dem Fachbereich Humanmedizin Marburg zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel „Rollenverteilung und partnerschaftliche Zufriedenheit bei Schlafapnoepatienten und ihren Partnerinnen“ im Medizinischen Zentrum für Innere Medizin Abteilung Psychosomatik unter Leitung von Prof. Dr W. Schüffel mit Unterstützung von Diplom-Psych. B. Schade und Diplom-Psych. T. Schunk ohne sonstige fremde Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe bisher an keinem in- und ausländischen Medizinischen Fachbereich ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht noch die vorliegende oder eine andere Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Amala Neelsen, Marburg, den 26.9.2000

Danksagung

Für die Unterstützung bei der vorliegenden Arbeit danke ich herzlich:

Dr. med. Jörg Heitmann, der diese Arbeit anregte und mir zusammen mit den Mitarbeitern des schlafmedizinischen Labors Marburg in der praktischen Durchführung wesentlich zur Seite stand.

Den Mitarbeitern der psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Marburg unter Leitung von Prof. Dr. W. Schüffel, allen voran den Diplom-Psychologen Barbara Schade und Tilmann Schunk, die mir durch ihre geduldige und stets ermutigende Betreuung die Auswertung und Abfassung erst ermöglichten.

Den untersuchten Patienten und ihren Partnerinnen, die mir einen Einblick in ihr persönliches Leben gewährten.

Meinen Eltern und meiner Schwester Julia für die Begleitung, Unterstützung und Motivation während des Studiums, dieser Arbeit und darüber hinaus.

Meinem Mann Alex - für alles.